FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

277

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 juin 1908, à 1 heure.

Par **A. LEMERCIER**

Ancien interne pr. des hôpitaux de Paris

Né à Paris le 15 février 1879

OCCLUSION INTESTINALE

ET

PUERPÉRALITÉ

Président : M. P. BAR, *professeur.*

Juges : { MM. HUTINEL, *professeur.*
NOBÉCOURT et JEANNIN, *agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1908

277

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

٣٢٦

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 juin 1908, à 1 heure.

Par **A. LEMERCIER**

Ancien interne pr. des hôpitaux de Paris

Né à Paris le 15 février 1879

OCCLUSION INTESTINALE

ET

PUERPÉRALITÉ

ACAD. LEGO.BAT. BIBL.

Président : M. P. BAR, *professeur.*

Juges : MM. HUTINEL, *professeur.*
NOBÉCOURT et JEANNIN, *agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbationni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUPRE

M. LE Dr FLORAND

M. LE PROFESSEUR AGRÉGE LEJARS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARTMANN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGE BRUHL

Internat.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEJARS

M. LE Dr SOULIGOUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TEISSIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIROLOIX

A M. LE PROFESSEUR BAR,

Professeur de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Paris.
Membre de l'Académie de médecine.

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGREGE LEJARS

Chevalier de la Légion d'honneur,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine,
Membre de la Société de chirurgie,

Qui fut toujours pour moi un maître bienveillant et qui m'a inspiré l'idée de ce travail.

OCCLUSION INTESTINALE

ET

PUERPÉRALITÉ

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale, en elle-même, est connue depuis la plus haute antiquité, mais ses formes diverses et surtout ses formes rares n'ont guère été étudiées que dans ces cinquante dernières années. C'est que l'occlusion intestinale venant compliquer le cours de la grossesse est une complication relativement rare, à en juger par le nombre restreint des observations qui en ont été publiées jusqu'ici. La cause en est sans doute due à ce que « le diagnostic offre des difficultés qui tiennent à la présence dans la région hypogastrique de l'utérus developpé. » (Pinard) (1). Et de plus si à cet obstacle mécanique

1. Pinard. Académie de médecine. Séance du 22 mars 1898.

viennent encore s'ajouter les différentes manifestations du travail, on conçoit aisément que, le plus souvent, l'observateur en sera réduit à des hypothèses.

C'est ce qui faisait dire à M. Lepage : « Le diagnostic de l'occlusion intestinale est encore plus difficile pour l'accoucheur que pour le chirurgien. » De plus, l'absence fréquente de lésions anatomiques, constatées soit au cours de l'intervention chirurgicale, soit à l'autopsie, à empêché les observateurs de poser un diagnostic précis d'obstruction ou d'occlusion intestinale.

Malgré cette incontestable rareté de l'occlusion intestinale existant simultanément avec la grossesse, il nous a paru intéressant de nous occuper de cette complication et de la suivre pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. Nous sommes, en effet, d'avis, qu'il ne faut pas ranger à la légère, dans la catégorie des curiosités, une si grave complication, qui perdra d'ailleurs son caractère de rareté quand elle sera mieux connue et partant, mieux recherchée, témoin l'appendicite pendant la grossesse, considérée longtemps comme exceptionnelle et dont la fréquence relative s'est affirmée dès que l'éveil des cliniciens fut attiré de son côté.

Arrivé au terme de nos études médicales nous sommes heureux de témoigner ici notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres dans les hôpitaux. Nous remercions tout particulièrement M. le professeur agrégé Lejars, chirurgien de l'hôpital Saint-

Antoine, qui dirigea nos premiers pas dans la chirurgie, se montra constamment pour nous un maître éclairé et bienveillant et qui nous inspira le sujet de notre thèse.

HISTORIQUE

Nous avons dit quelle était la rareté des observations publiées sur l'occlusion intestinale compliquant la puerpéralité. Les chiffres suivants suffisent à s'en faire une idée exacte.

Vergez (1) dans sa thèse et Constantin Daniel dans son travail (2) nous indiquent que de 1804 à 1902 ont paru 48 observations d'occlusions intestinales en rapport avec la puerpéralité, observations puisées la plupart dans la littérature étrangère. Si l'on y ajoute les 5 observations (3) passées inaperçues de ces auteurs et les 15 autres qui ne figurent pas également dans les deux travaux précédents et qui sont citées dans la thèse de R. Zachen (de Leipzig) (4), cela porte à 68 le nombre des cas publiés jusqu'en 1902.

De 1902 à 1908 nous avons relevé 8 cas nouveaux.

1. Vergez. Thèse de Paris, 1901.
2. Constantin Daniel. *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie.* Paris, 1902.
3. Parizot (Dijon). *Bourgogne médicale*, 1893.
   Legry (T). *Bulletin soc. anat.* Paris, 1895.
   Boissard et Roche. *Bull. soc. obst.* Paris, 1900.
   Rochard. *Bull. et Mém. soc. ch.* Paris, 1900.
   Mouchet. *Bull. et Mém. soc. anat.* Paris, 1901.
4. Richard Zachen. Thèse Leipzig, 1907.

ETIOLOGIE

I. — *Fréquence.*

L'occlusion intestinale venant compliquer la puerpéralité a été le plus souvent constatée au cours de la grossesse: on l'a néanmoins rencontrée, beaucoup plus rarement cependant, pendant le travail et pendant les suites des couches. Sur la totalité des cas observés jusqu'ici:

Une trentaine de fois l'occlusion était apparue au cours de la grossesse.

Nous ne trouvons que deux observations d'occlusion pendant le travail (Observ. VII et XIV).

Et une seule pendant les premiers jours des suites de couches (Observ. XIX).

II. — *Causes prédisposantes.*

Voyons d'abord l'âge de la grossesse :

D'après les observations publiées :

Le 1er mois : néant.

Le 2e mois : 1 cas.

Le 3e mois : 3 cas.

Le 4e mois : 8 cas.

Le 5e mois : 6 cas.

Le 6e mois : 4 cas.

Le 7e mois : 7 cas.

Le 8e mois : 2 cas.

Le 9e mois : 9 cas.

Influence de l'âge de la femme :

Il semble que l'occlusion intestinale gravidique apparaît de préférence entre 30 et 40 ans. On ne la note pas au-dessous de 20 ans.

Influence des grossessès antérieures ;

Dans 12 observations on ne trouve aucun renseignement à ce sujet.

La primiparité est relevée quatre fois.

La multiparité dix-huit fois.

Comme conclusions, d'après ces données, il nous semble qu'on a le droit de conclure que l'occlusion intestinale fait son apparition après le troisième mois, devient plus fréquente au terme de la grossesse, atteint de préférence les multipares et plus spécialement les multipares qui ont dépassé l'âge de 30 ans.

III. — *Causes occasionnelles et causes déterminantes.*

La question qui se pose maintenant est des plus importantes. Existe-t-il entre l'occlusion et la grossesse une relation de cause à effet, ou bien faut-il voir dans la grossesse une simple affection intercurrente

sans aucun rapport avec la puerpéralité ? La majorité des observations tend évidemment à prouver qu'il y a entre l'utérus habité et l'occlusion intestinale plus qu'une simple coïncidence d'existence. Le fait que l'utérus gravide se développant quitte le bassin pour remonter dans la cavité abdominale repoussant ainsi au-dessus de lui le paquet des anses intestinales, plaide en faveur de la relation de cause à effet.

Nous essaierons de montrer au chapitre de la pathogénie que si la grossesse peut à chacune de ses périodes voir survenir l'occlusion intestinale sans qu'elle en soit incriminée le plus souvent il y a une relation de cause à effet.

C'est qu'en effet les causes occasionnelles et déterminantes qui se montrent le plus habituellement sont des compressions exercées par l'utérus depuis la simple diminution de la lumière du calibre intestinal jusqu'à son obturation complète ; des brides appendiculaires, utéro-annexielles, ou post-opératoires qui, il est vrai, peuvent exister indépendamment de la grossesse, mais qui faciliteront singulièrement l'étranglement par la traction, le tiraillement qu'exercera sur elles, le développement de l'utérus.

Nous dirons donc qu'il y a :

Des occlusions engendrées par la puerpéralité ;

Des occlusions influencées par la puerpéralité ;

Des occlusions influencées par le travail ;

Des occlusions indépendantes de la puerpéralité.

Nous ajouterons encore que la constipation, opiniâtre parfois, des femmes enceintes, peut être une

cause d'occlusion intestinale ou mieux d'obstruction intestinale, les matières s'accumulant dans l'intestin et ne s'évacuant pas par suite du manque de contractibilité de l'intestin. Elle pourra être ainsi l'origine de ces péritonites spéciales d'origine intestinale tout à fait différentes des affections puerpérales ordinaires.

Disons encore que de vieux foyers d'adhérences, latents, ne gênant en rien les fonctions intestinales, pourront au moment de la gravidité, se réveiller et être l'origine des troubles graves que l'on observera par la suite.

PATHOGÉNIE

A. — Occlusions engendrées par la grossesse, occlusions purement gravidiques.

L'utérus normal, en position anatomique normale, entre en relation avec l'intestin par sa face postérieure qui le met en contact avec le rectum et par son fond qui le met en contact avec l'intestin grêle et l'S iliaque. On conçoit aisément qu'une modification apportée dans le volume de l'utérus soit par l'état de gravidité, soit par des tumeurs ou dans sa position, par la rétroversion en particulier, peut apporter une perturbation dans les rapports anatomiques normaux du pelvis et créer des troubles principalement du côté de l'intestin.

Cette perturbation dans les rapports anatomiques normaux du pelvis et ces troubles intestinaux seront peu apparents au début de la grossesse. Ce n'est guère en effet qu'à dater du quatrième mois que dans la majorité des observations publiées jusqu'ici, est apparue l'occlusion.

Cependant Richard Zachen (1) cite l'observation

1. R. Zachen Th. Leipzig, 1907.

d'une femme de 29 ans, enceinte de six semaines qui fut prise de très violentes douleurs de ventre, accompagnées de tympanisme et de collapsus. Les lavements et les purgatifs échouèrent et on fit une triple ponction du côlon. La femme mourut. Il cite encore trois observations d'occlusion intestinale apparue au troisième mois.

Budin (1) a montré que les troubles observés sont liés à la compression directe soit du fond de l'utérus sur le paquet intestinal, soit de la tête du fœtus sur le rectum : et cette « coprostase » par compression pourrait être considérée comme le premier temps de l'occlusion par compression utérine.

C'est surtout au cours de la grossesse et principalement dans les derniers mois que se fera sentir l'action de l'utérus sur l'intestin. Ce qui le prouve c'est la constipation rebelle observée une ou plusieurs semaines avant l'éclosion des accidents, l'amélioration subite suivie de guérison après un accouchement favorable, enfin dans quelques cas la guérison à l'aide d'un purgatif énergique (Observ. I et XXV).

Cette action de l'utérus sur l'intestin a été retrouvée soit au cours de laparotomies pratiquées pour l'occlusion, soit au cours des autopsies et on a constaté qu'elle était capable à elle seule de créer une occlusion intestinale. Le plus souvent dans ces cas l'utérus est en rétroversion ou rétroflexion et applique, en la comprimant, une anse intestinale contre la concavité sacrée.

1. Budin. *Semaine médicale*, 1893, page 141.

Dans l'observation IV c'était l'anse sigmoïde qui était ainsi comprimée. D'autres fois elle avait laissé une trace de son action, du sphacèle ou des fausses membranes (Observ. II, III, IV, V).

B. — Occlusions influencées par la puerpéralité.

Le mode d'action dont nous venons de parler ne semble pas réaliser la majorité des cas : l'utérus gravide, par le fait de son développement progressif, modifiant ainsi les rapports normaux de l'intestin facilitera les vices de position (torsions, volvulus, etc..).

Dans l'observation VI rapportée par R. Zachen il y avait un enroulement de l'intestin autour d'une bride péritonéale. Il semble, en effet, que ce soit la bride péritonéale qui doive jouer le principal rôle dans l'occlusion intestinale gravidique.

Les dispositions que peuvent affecter ces brides à l'intérieur de la cavité péritonéale varient à l'infini. Néanmoins on peut les ramener à trois types. Elles peuvent s'insérer : 1° par leurs deux extrémités sur les parois ; 2° d'une part sur les parois et de l'autre sur un des organes contenus ; 3° de part et d'autre sur un ou plusieurs organes contenus.

Tantôt une anse intestinale repoussée par un utérus gravide rencontre une bride péritonéale et là elle se coude (Observ. VII). Il arrive fréquemment que cette bride péritonéale part de l'utérus et se fixe à une anse intestinale. Tantôt les deux extrémités de la

bride étant assez éloignées l'une de l'autre, il en résulte une arcade, une sangle plus ou moins prononcée : l'intestin poussé par l'utérus s'engage et s'étrangle entre cette bride et la partie qui soustend l'arc qu'elle forme (Observ. XV et XXI).

Dans d'autres cas les deux extrémités de la bride s'insèrent au même point ou a des points très voisins ; il en résulte un anneau plus ou moins serré (Observ. X, XI, XIV, XXIX).

Elle peut encore prendre une autre disposition, comme par exemple, dans le cas rapporté par R. Zachen, où la bride portait de la paroi abdominale et se terminait à la colonne vertébrale.

Parfois aussi, l'agent d'étranglement est un anneau représentant soit un orifice naturel (Observ. IX et XXII), soit un orifice artificiel (Observ. VIII, X, XI), ou bien comme le rapporte Meyer (1) une ouverture dans le ligament large (Observ. XII).

Il semble donc que la grossesse, par le travail auquel elle donne lieu dans l'excavation et principalement par celui des vaisseaux, du péritoïne et des annexes, est susceptible de réveiller de vieux foyers inflammatoires et de provoquer ainsi des adhérences pathologiques. Ces lésions existaient bien avant la grossesse, mais à l'état latent, inoffensives et incapables de créer par elles-mêmes des troubles graves. C'est alors que la grossesse va intervenir en troublant

1. Meyer (*Monatschrift f. geburts. u. gyn.* Bd. IX, heft. 2, p. 159).

l'équilibre des organes abdominaux et en exagérant ainsi l'action de certaines vieilles brides ou adhérences péritonéales.

Nous classerons encore dans cette catégorie des occlusions influencées par la puerpéralité, les occlusions par paralysie intestinale.

Normalement pendant la grossesse, l'intestin est paresseux, il se vide mal : que cet état vienne à s'accentuer et l'ensemble symptomatique, vomissements, ballonnement du ventre, suppressions des matières et des gaz, pouls fréquent, rappelle les phénomènes de l'occlusion intestinale. Lepage (1) a rapporté des faits semblables et insiste avec raison sur la difficulté du diagnostic de l'occlusion vraie avec la pseudo-occlusion par parésie intestinale (Obs. XIII).

C. — Occlusions influencées par le travail.

Nous serons bref sur cette variété d'occlusions, car elle reconnaît le même mécanisme que la précédente. Là encore il y a eu un travail préparatoire ayant créé un tissu d'inflammations reliant plus ou moins entre eux par des brides les différents organes abdominaux et une de ces brides, au moment des contractions du travail, tiraillée par l'utérus, étrangle une anse intestinale.

Vergez (2) rapporte une observation assez démons-

1. Lepage. *Comptes rendus de la soc. d'obst gyn. et pædiatrie*, 1901.

2. Vergez. Th. Paris, 1901.

trative à ce sujet. A l'autopsie on trouva : « une large adhérence du grand épiploon à la paroi abdominale, sur toute la hauteur de la cicatrice post-opératoire ; des adhérences nombreuses de la face postérieure du tablier épiploïque avec le paquet intestinal sous-jacent ; l'union par des brides de l'anse perforée avec les anses voisines et avec les parois de la cavité abdominale ; une bride solide de la grosseur d'une plume d'oie fixant l'anse sphacélée au tissu cicatriciel environnant. Enfin un gros faisceau fibreux unissant la corne utérine gauche à la fosse iliaque du même côté, et croisant l'anse sphacélée. »

C'est ce gros faisceau fibreux qui, fixé d'une part à l'utérus et d'autre part à la fosse iliaque a comprimé l'S iliaque au moment des contractions du travail. Du reste l'autopsie montre que c'est à ce niveau que siège l'occlusion : au-dessus l'intestin est énormément distendu, au-dessous le rectum est aplati (Observ. VII).

Nous citerons encore le cas de Gottsched (1) bien qu'il manque un peu de clarté et de détails, mais dans lequel il semble bien qu'une bride tiraillée au moment du travail fut la cause des accidents observés (Observ. XIV).

D. — Occlusions paraissant indépendantes de la puerpéralité.

A côté de ces cas, où la grossesse semble être un des facteurs principaux dans la production des acci-

1. Gottsched (*Ueber ileus bei schwangeren*, 1869).

dents observés, il y en a d'autres où ces accidents paraissent être un phénomène intercurrent, une véritable complication bien indépendante de la gestation.

Dans les observations XVI, XVII, XVIII, rien ne permet de conclure à une relation de cause à effet entre la grossesse et les symptômes d'occlusion. Et cependant il est bien difficile d'établir nettement cette indépendance de l'utérus et de l'intestin.

Dans l'observation XVII, Gottschalk, sans faire jouer à l'utérus le rôle principal, lui attribue néanmoins une action secondaire et dans ce cas où il y avait un volvulus de l'S iliaque et une rotation de l'utérus autour de son axe longitudinal, il pense « que la torsion de l'utérus fut la cause du volvulus. »

Les cas où il y a simple coïncidence entre la grossesse et l'occlusion sont, la plupart du temps, ceux où la gravidité ne dépasse pas le troisième mois et dans lesquels la femme n'a jamais présenté antérieurement le moindre symptôme péritonéal. Ce sont des femmes généralement constipées et qui, au moment de la puerpéralité, exagèrent cette constipation et présentent les signes de la pseudo-occlusion. Nous verrons au traitement que souvent ces symptômes cèdent à l'intervention médicale.

Enfin nous pouvons encore ranger dans cette catégorie les occlusions qui surviennent dans les quelques jours consécutifs à l'accouchement. Ces occlusions rentrent dans le cadre de notre sujet et ne sont nullement influencées par la grossesse, ni le travail (Observ. XIX).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De toutes les causes d'occlusion de l'intestin en général, il n'en est pas de plus fréquentes que les brides péritonéales. Mais ces brides ne sont pas toutes de même nature: elles se divisent en deux grandes classes: les unes creuses ou mieux composées principalement d'organes creux (appendice iléo-cæcal, diverticules, anses intestinales (observ. X), les autres pleines ou solides. Ces dernières se subdivisent elles-mêmes en deux catégories: elles résultent, en effet, soit d'une disposition purement accidentelle d'organes pleins, offrant d'ailleurs leurs conditions normales de structure, soit d'une production tout à fait nouvelle, pseudo-membraneuse et le plus souvent d'origine inflammatoire.

La première catégorie comprend tous les cas d'étranglement occasionnés ou par le mésentère tordu ou enroulé sur lui-même comme une corde, ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, par une portion de l'épiploon fixée en un point quelconque de la cavité abdominale (Observ. VII).

La seconde catégorie comprend tous les agents de

constriction constitués exclusivement ou principalement par des néo-membranes. Celles-ci doivent presque toujours être rapportées à une ancienne phlegmasie généralisée ou circonscrite. « Le caractère anatomique de la péritonite, dit Grissole, est la production d'une matière albumineuse, plastique, demi-concrète, qui fait adhérer les circonvolutions intestinales entre elles. Les concrétions albumineuses tendent plus tard à s'organiser. » Parmi ces néo-membranes celles qui jouent le rôle de brides sont le plus souvent de nature fibreuse.

Bonnet est le premier qui établit que la fosse iliaque droite est le siège d'élection des brides péritonéales. La fréquence des abcès appendiculaires est reconnue de tous, l'inflammation de l'appendice est l'origine de bien des brides et néanmoins, fait remarquer Vergez, il n'existe que très peu d'occlusions intestinales par brides appendiculaires au cours de la grossesse. Nous en avons relevé un cas très net (observ. X) rapporté par Rudaux et Chartier dans lequel l'étranglement avait eu lieu dans un anneau formé par l'appendice iléo-cæcal. Celui-ci et son méso étaient « recourbés sous l'anse étranglée et terminés par une bride adhérant fortement au mésentère au niveau de sa continuation avec le méso-appendice. »

Les brides utéro-annexielles, consécutives à des inflammations antérieures de l'utérus ou de ses annexes, ne présentent rien de particulier comme structure. Dans le cas de Témoin (de Bourges) (Observ. XV)

cette bride siégeait sous les annexes gauches, sous le ligament large. Elle était formée d'exsudats légèrement purulents et qui furent facilement déchirés.

Les brides post-opératoires sont ou de larges brides ou de simples tractus. Elles ne diffèrent en rien des brides appendiculaires ou post-opératoires au point de vue anatomo-pathologique.

Si maintenant nous passons à l'examen détaillé des altérations anatomiques spéciales à l'étranglement par brides nous voyons que l'intégrité des agents de constriction est assez fréquente. Cependant, parfois, les brides sont ramollies, friables et il suffit de la moindre traction, du moindre effort pour les rompre. C'est peut-être pour cette raison que certaines pseudo-occlusions ne vont pas jusqu'à l'occlusion vraie, les contractions intestinales étant exagérées par le traitement médical mis en œuvre et rompant ainsi de faibles adhérences.

La partie du tube digestif sur laquelle porte l'étranglement est, on le conçoit, très variable. Cependant d'après l'ensemble des observations, il semble que l'intestin grêle paye à l'occlusion un tribu plus grand que le gros intestin. Tout d'abord il y a une énorme différence d'aspect et de calibre des deux bouts de l'intestin. Le supérieur est très dilaté, distendu par des gaz et des matières, l'inférieur est au contraire, flasque, vide, rétracté. La face externe de l'anse étranglée présente souvent des traces plus ou moins manifestes de l'agent d'étranglement.

Il n'est pas rare également de trouver une anse

gangrenée et perforée consécutivement. (Observ. X). Bon nombre des observations rapportées par R. Zachen mentionnent un intestin gangrené et perforé ou tout au moins malade au point d'avoir nécessité la résection de l'anse.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie et l'évolution de l'occlusion intestinale peuvent revêtir deux aspects bien différents : tantôt les accidents éclateront brusquement, surprenant la malade en pleine santé et de suite apparaît la gravité de l'état : il faut intervenir : c'est l'occlusion aiguë. Tantôt au contraire les accidents se déroulent progressivement, l'évolution est lente et l'indication d'intervenir est moins urgente ; c'est l'occlusion chronique désignée aussi sous le nom d'obstruction intestinale.

Forme aigue

I. — *Pendant la grossesse.*

Le début de l'occlusion intestinale au cours de la puerpéralité ne présente pas une physionomie bien spéciale et l'on peut dire qu'il ressemble au début des occlusions ordinaires.

Tantôt le début est brusque, brutal, sans prodromes, frappant la malade au milieu de ses occupations

(Observ. VI, XX, XXI, XXII, XXIII), et alors l'évolution est plus souvent rapide. Tantôt, au contraire, le début est insidieux, accompagné de malaises vagues, de douleurs mal définies dans le ventre, d'une constipation opiniâtre ne cédant même pas aux purgatifs et la fin arrive cependant rapidement (Observ. XXX). Quelquefois c'est la diarrhée qui s'est montrée la première.

Nous ne voulons pas retracer ici le tableau clinique de l'occlusion en général : nous parlerons simplement des signes qui manquent ou sont modifiés par la présence de l'utérus gravide. Quatre grands symptômes fonctionnels caractérisent toute occlusion intestinale : la douleur, les vomissements, la constipation, le météorisme.

La douleur est le signe qui habituellement apparaît le premier. Il se peut cependant qu'elle fasse défaut et la malade n'accusera alors que de faibles coliques abdominales. D'intensité variable elle peut être soit continue à exaspérations paroxystiques, ou bien se montrer par crises. La douleur continue est due à la striction permanente de l'intestin et les paroxysmes, aux contractions péristaltiques et antipéristaltiques de cet intestin.

Ordinairement elle occupe un point fixe, fosse iliaque droite, fosse iliaque gauche, épigastre, mais en même temps la malade se plaint d'une sensibilité générale spontanée du ventre. La pression est particulièrement douloureuse, notamment à l'ombilic, ce

qui tiendrait, d'après Trèves, à ce que le plexus solaire correspond à cette région.

« Les douleurs peuvent disparaître plusieurs heures, pour reparaître plus tard. D'après plusieurs auteurs ce serait un caractère de mauvais augure. »

Dans l'occlusion intestinale ordinaire, les vomissements sont un symptôme constant. Dans le cas qui nous occupe il semble qu'ils soient un peu plus rares, ou tout au moins moins abondants. Peut-être ce fait est-il dû à ce que dans l'occlusion intestinale gravidique, les matières sont arrêtées progressivement dans leurs cours, ou bien à ce que le siège de l'occlusion est souvent bas situé, sur le rectum et l'S iliaque. Quand ils existent, ces vomissements sont d'abord alimentaires, puis musqueux, bilieux et enfin fécaloïdes. Ils surviennent soit dès le début, accompagnant la douleur, soit quelques heures et même plusieurs jours après ce début.

Tantôt ils sont peu fréquents, se renouvelant deux ou trois fois dans la journée, parfois ils se montrent presque toutes les heures. Ils sont habituellement faciles et de couleur verdâtre.

Certains auteurs prétendent que la constipation est moins opiniâtre que dans les autres variétés d'occlusions intestinales. Ils invoquent comme cause le développement graduel de l'utérus. Néanmoins la constipation paraît presque constante d'après les observations publiées à ce sujet. Il se peut que la suppression des selles ne soit pas absolue dès le début de l'affection, le bout inférieur de l'intestin se vidant

peu à peu ; mais la suppression des matières et des gaz finit par s'installer.

De même que pour les occlusions ordinaires, ce symptôme (suppression des matières et des gaz) doit être scrupuleusement recherché et peut-être même davantage. La constipation habituelle de la femme enceinte induit, en effet, en erreur, car si le début est insidieux, rien n'attire l'attention du médecin vers ce signe.

Mais cette constipation, nous l'avons dit, peut être remplacée par de la diarrhée. Comment expliquer ce phénomène qui paraît contradictoire ? On a prétendu que quelques matières fécales, situées au-dessous de la lésion, agissaient comme corps étrangers et provoquaient les légères évacuations observées. Mais que dire alors de ces selles alvines d'une abondance telle qu'on a pu parler de choléra ? Il vaut mieux, croyons-nous, considérer l'intestin comme un organe capable de se défendre. Il luttera contre l'obstacle au passage des matières et manifestera cette lutte en exagérant ses fonctions secrétoires et en activant son péristaltisme. Il ne faudra pas être surpris en présence de ce fait et se laisser tromper par lui.

Le météorisme existe dans presque tous les cas. Le ventre est gros, déformé irrégulièrement et parfois cette déformation irrégulière est un appoint pour le diagnostic du siège de la lésion. Dans l'occlusion intestinale gravidique, le météorisme paraît toujours plus marqué et cela du fait de l'utérus développé.

Voyons maintenant les renseignements que nous donne l'examen physique.

Il est de toute évidence que la présence de l'utérus gravide dans la région hypogastrique gènera beaucoup la palpation et sera une entrave aux sensations à percevoir. Dès le début de l'occlusion le ventre se rétracte : les muscles de la paroi abdominale se contractent et rendent dès lors la palpation presque impossible. Si bien que les limites de l'utérus ne sont pas perceptibles comme dans l'observation VI.

Parfois, au contraire, la palpation étant un peu plus facile il semble que l'utérus occupe toute la cavité abdominale. Au moment où survient le météorisme, malgré la distension, le ballonnement parfois énorme du ventre, celui-ci se laisse plus facilement interroger. On percevra alors l'utérus dont on pourra ainsi évaluer l'état de gravidité, en même temps que la main sentira un empâtement diffus près ou loin de l'utérus, empiétant vers l'une des fosses iliaques, en tous cas siégeant le plus souvent à l'endroit maximum de la douleur.

Le toucher vaginal peut, lui aussi, donner parfois d'utiles renseignements.

Supposons l'utérus gravide, rétroversé et incarcéré et comprimant le rectum sur la concavité sacrée. Le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur nous fera toucher ce basculement et sentir un utérus en rapport étroit avec le sacrum. De plus il nous renseignera sur l'état du col.

Les symptômes généraux sont de deux ordres, tant dans leur intensité que dans leur évolution.

Tantôt, en effet, ils sont d'une intensité remarquable et font prévoir une fin prochaine, tantôt, au contraire, ils sont lents à se montrer, sont mal définis et ont une marche tout à fait insidieuse jusqu'au jour où éclate le grand syndrome abdominal.

Le pouls est fréquent, petit, dépressible, abdominal. Il oscille entre 100 et 140. Le facies est grippé, terreux, les yeux excavés, les narines pincées, les lèvres cyanosées : la voix s'éteint et annonce alors, avec l'apparition du hoquet, une terminaison fatale prochaine. La peau est froide et se couvre de sueurs. La température est ou bien normale ou au-dessous de la normale. Les forces diminuent rapidement et en peu de temps la malade tombe dans la prostration quelquefois complète.

En ce qui concerne les urines, personne ne mentionne s'il y a des modifications en quantité et en qualité. Seul, le professeur Meyer rapporte un cas où il observe une incontinence d'urine qui durait depuis quatre semaines, et semblait avoir débuté avec l'aggravation des symptômes qui força la malade à se mettre au lit (Obs. XXV).

II. — *Pendant le travail.*

Pendant le travail le début est presque toujours brusque. La malade qui a déjà commencé à ressentir les premières contractions utérines douloureuses,

perçoit tout à coup une violente douleur, profonde, lui donnant la sensation d'une déchirure dans le ventre (Obs. VII).

Mais dans cette symptomatologie, quelle part revient à l'occlusion, et quelle part au travail. C'est qu'en effet à ces douleurs viennent s'ajouter les contractions utérines, masquant en partie les signes de l'occlusion. Cependant les premières contractions utérines du travail sont intermittentes, et leur intensité va croissant. L'occlusion, au contraire, frappe soudainement et d'emblée avec violence et la douleur est plus tenace. De plus, lorsqu'au travail viennent s'adjoindre les signes de l'occlusion intestinale, l'état général devient vite mauvais. Le facies est pâle, tiré, le pouls rapide. Malgré tout, les signes propres de l'occlusion ne revêtent pas un caractère particulier dû au travail, seulement le début de l'occlusion peut être masqué par les contractions utérines.

III. — *Pendant les suites de couches.*

La symptomatologie de l'occlusion intestinale survenant quelques jours après l'accouchement ne présente absolument rien de particulier. Peut-être peut-on relever une constipation plus opiniâtre pendant la grossesse, se terminant après la délivrance par une occlusion vraie. Mais le plus souvent l'occlusion intestinale post-gravidique n'est qu'une complication où la gravidité n'entre que dans une bien faible

part, son rôle étant tout au plus de préparer le terrain. Quoi qu'il en soit, l'histoire de cette variété d'occlusion est celle de l'occlusion ordinaire. Dans l'observation publiée par MM. Boissard et Roche (obs. XIX), il s'agissait d'un étranglement intestinal par hernie de la ligne blanche, survenu quarante-huit heures après l'accouchement. Comme on peut s'en convaincre par la lecture, ce sont les symptômes de l'occlusion banale.

Forme chronique

La forme chronique de l'occlusion intestinale ou obstruction intestinale se montre de préférence dans les premiers mois de la grossesse. C'est une parésie intestinale manifestée par une constipation opiniâtre accompagnée d'un mauvais état général. D'une manière générale la symptomatologie ressemble à celle de la forme aiguë, mais les douleurs sont moins violentes et surtout l'acheminement vers le collapsus est moins rapide. Cette forme chronique est parfois entrecoupée de débacles diarrhéiques et souvent finit par céder à la médication appropriée. Toutefois elle peut se terminer comme l'occlusion aiguë, la malade succombant, dans le collapsus, à l'empoisonnement occasionné par la rétention des matières fécales (Observ. II).

COMPLICATIONS

L'évolution clinique de l'occlusion intestinale pendant la puerpéralité peut être modifiée par trois complications principales intercurrentes. Ce sont :

L'expulsion prématurée du fœtus ;
La perforation intestinale ;
La péritonite sans perforation.

I. — *Expulsion prématurée du fœtus.*

En ce qui concerne l'expulsion prématurée du fœtus, il faut distinguer deux cas : ou bien l'expulsion s'est produite avant que l'on ne soit intervenu chirurgicalement, et alors elle est due à l'occlusion, ou bien elle s'est produite au cours ou après l'intervention et doit être mise alors sur le compte de cette intervention.

L'avortement et l'accouchement prématuré s'observent assez fréquemment puisque, d'après Vergez, sur vingt-huit cas d'occlusions pendant la grossesse, onze fois on a signalé l'expulsion du fœtus avant terme.

Dans les vingt-quatre observations rapportées par R. Zachen (in thèse de Leipzig, 1907), l'avortement est signalé huit fois.

II. — *Perforation intestinale.*

La perforation intestinale est une complication moins fréquente que la précédente. Le plus souvent elle est due au sphacèle de l'intestin (Obs. IV, VII, X, XX, XXI).

Dans d'autres cas elle semble résulter du tiraillement exercé sur l'intestin par une bride péritonéale.

Quel que soit le mécanisme, la péritonite une fois déclarée se présente sous deux formes : soit diffuse, soit circonscrite.

Dans la forme diffuse, le début est le plus souvent brusque, une douleur violente et soudaine se montrant en un point de l'abdomen. Cette forme répond à l'inondation péritonéale par les matières fécales et tous les agents septiques qu'elles contiennent. C'est en un mot la péritonite suraiguë. La mort est presque toujours fatale, l'intervention chirurgicale étant fortement compromise. Nous renvoyons comme exemple à l'observation XX.

Dans la forme circonscrite ou péritonite aiguë, le début se manifeste généralement par une aggravation de l'état général. Le pouls devient mou et accéléré. Dans l'observation VII il semble que la péritonite se fît par poussées successives. « L'anse gangrenée présentait deux perforations ; l'une à lar-

ges bords, frangés, de formation récente, occupant la zone la plus altérée de l'S iliaque, l'autre petite, fistuleuse, cachée par des adhérences très solides et paraissant plus anciennes.

Il est probable qu'au moment des contractions du travail, il y a eu rupture d'une bride allant de l'utérus ou de la paroi abdominale à l'S iliaque plus ou moins fixée par de vieilles adhérences et formation d'une petite fistule intestinale qui détermina cette douleur violente et subite du début du travail. » L'infection péritonéale survint ensuite, mais le foyer de pus fut circonscrit par les adhérences antérieures.

III. — *Péritonite sans perforation.*

La péritonite sans perforation est une complication rare. Nous ne la relevons que dans les observations VIII, XXIII et XXIV. Comment dans ces cas l'infection a-t-elle pu gagner le péritoine? Est-ce par contiguïté? ou bien les microbes ont-ils emprunté la voie circulatoire?

Cette dernière hypothèse semble vraisemblable dans l'observation XXIV, car la malade avait vivement souffert de son genou et à l'autopsie, l'articulation fut trouvée purulente. Il est vrai que l'examen bactériologique ne fut pas pratiqué.

Il peut donc y avoir septicémie au cours de l'occlusion. MM. Chantemesse, Widal et Legry en ont publié une observation en 1893.

Il s'agissait d'une femme enceinte de quatre mois

qui présenta les signes de l'occlusion intestinale et de la péritonite. Après son avortement, la culture des débris, extraits par curettage de la cavité utérine, fit constater la présence du bactérium coli commune. Il fut retrouvé également, après l'autopsie, dans le pus d'abcès multiples, dans le péritoine, dans le sang.

Dans les observations VIII et XXIII, la péritonite par contiguïté est plus probable, car après la libération de l'agent de constriction, l'intestin apparut gangrené ou presque. Nous lisons, par exemple, dans l'observation VIII qu'à l'ouverture du péritoine, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité sanguinolente.

Quant aux symptômes de cette redoutable complication il est bien difficile de relever quelque chose de net dans les différentes observations où elle s'est montrée. Il semble néanmoins qu'on doive prendre en considération l'aggravation de l'état général, l'accélération et la petitesse du pouls en même temps que sa mollesse. Dans le cas VII on nota une ascension de la courbe thermique. Dans l'observation de White (observ. XXVI) une tuméfaction de la région de l'aine permit de faire un diagnostic rétrospectif et l'intervention chirurgicale fut couronnée de succès.

DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons déjà dit au début de cet exposé, la question du diagnostic est difficile entre toute.

« Le diagnostic de l'occlusion intestinale pendan la grossesse est souvent délicat. L'intestin pendant la puerpéralité est facilement paresseux. Aussi l'abus de l'opium prescrit par voie rectale ou en injection hypodermique dans le but de calmer les phénomènes douloureux, amène-t-il souvent des phénomènes de parésie intestinale qui peuvent être inquiétants. »

Des cliniciens de grand mérite ont erré, pensant comme Bandera à une fièvre pernicieuse, comme Meyer à une hernie étranglée, comme Champetier de Ribes à une hémorrhagie interne provoquée par la déchirure de brides péritonéales.

Cette difficulté du diagnostic de l'occlusion intestinale en rapport avec la puerpéralité est due pendant la grossesse à la présence de l'utérus gravide, pendant le travail aux contractions utérines et pendant les suites de couches aux tranchées qui peuvent parfois masquer les signes d'occlusion.

I. — *Pendant la grossesse.*

Pendant la grossesse, le diagnostic sera à faire avec :

a). — Toutes les affections douloureuses du ventre à début brusque, telles que les coliques intestinales, hépatiques, néphrétiques, salpingiennes ; mais dans ces cas l'évolution clinique propre à chaque affection, son amélioration rapide à la suite d'un traitement approprié, les antécédents montrant les crises antérieures chez la malade, permettront d'arriver rapidement au diagnostic.

b). *Travail.* — Chez une femme enceinte présentant des phénomènes douloureux, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'un début de travail. Cependant un examen attentif pourra faire rejeter cette hypothèse. En effet, l'absence de douleurs intermittentes apparaissant à des intervalles réguliers au moment d'une contraction utérine, et surtout l'absence de modifications du col constatée par le toucher vaginal, permettront d'éliminer cette cause.

Mais si la femme est près du terme, si on a senti les contractions utérines, si le col est en voie d'effacement, le diagnostic est alors rempli de difficultés.

Les vomissements n'auront qu'une valeur très relative, car ils peuvent être confondus avec les vomissements simples ou incœrcibles observés pendant la grossesse. Seule l'absence d'émission de gaz et de

matières par l'anus aura de la valeur. C'est le grand symptôme que l'on doit rechercher.

c). — *Péritonite aiguë.* « La péritonite aiguë, dit Duplay, présente dans bien des cas les symptômes de l'occlusion et le diagnostic ne repose que sur des nuances. » Nous avons déjà parlé de la péritonite comme cause et complication de l'occlusion intestinale,

« Nous savons aussi que la péritonite elle-même, quelle qu'en soit la nature, peut donner lieu par paralysie de la tunique musculeuse, par production rapide de gaz, par compression directe, à une inertie intestinale complète avec phénomène d'étranglement. » (Mégrat) (1). C'est donc là un cercle vicieux dans lequel la clinique doit se trouver gênée.

« Si la péritonite aiguë de la femme enceinte était fréquente, le diagnostic trouverait dans ce caractère un point d'appui de quelque solidité. » (Mégrat).

Donc, comme le déclare Duplay, pour l'occlusion ordinaire, il faudra s'en remettre à l'analyse scrupuleuse, minutieuse, de chaque symptôme et insister tout particulièrement sur la suppression des matières et des gaz. La connaissance d'antécédents abdominaux pourra faire penser à l'occlusion.

D'un autre côté, dans la péritonite, le début est marqué souvent par un frisson : la douleur se généralise rapidement à tout l'abdomen : cette douleur est, de plus, très marquée à la pression : le météo-

1. Mégrat. *Annales de gynécologie.* Oct. 1883.

risme est égal des deux côtés, la constipation n'est pas aussi absolue : les vomissements sont verdâtres, bilieux, le pouls est de suite petit, rapide ; la température est au-dessus de la normale.

Dans l'occlusion, le ventre présente une douleur très aiguë en un point plus localisé et que la pression exagère : le ballonnement est considérable, la constipation absolue. Les vomissements après avoir été bilieux deviennent fécaloïdes. Le frisson du début manque très souvent. Le pouls s'altère plus tardivement. La température est au-dessous de la normale (Observ. XXIV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX), ou bien elle est normale (Observ. III, XXV, XXX, XXXI). La température est donc, parmi les éléments que fournit l'examen de la malade, un des plus importants. En effet, comme le fait remarquer Mégrat, dans presque tous les cas de péritonite survenue pendant la grossesse (en dehors de l'occlusion) la température a toujours été supérieure à 37° 5. Or, dans la plupart des observations que nous relevons et dans lesquelles la péritonite n'a pas été observée par l'examen direct, il y a eu hypothermie.

d). — *Appendicite.* — L'appendicite est une affection relativement fréquente au cours de la grossesse. Elle peut être le point de départ de grandes difficultés pour le diagnostic.

« Chaque fois que chez une femme enceinte on se trouvera en présence de phénomènes d'obstruction intestinale, il faudra penser à autre chose et notamment à une grossesse extra-utérine ou à une appen-

dicite. » (Pinard). C'est alors qu'on consultera les commémoratifs, les crises antérieures, le début brusque par une douleur aiguë, dans la fosse iliaque droite, au point dit de Mac-Burney, irradiée au creux épigastrique et accompagnée de vomissements. La constipation est moins tenace. La température se maintient en général à 38° et 39°. Le pouls est à 120. Ce défaut de parallélisme entre le pouls et la température, le facies grippé, le ventre ballonné, une douleur très vive réveillée par la pression au niveau de l'appendice, sont, comme le fait remarquer le professeur Pinard, autant de signes qui permettent d'arriver au diagnostic. Cependant il faut se rappeler que l'occlusion peut être compliquée de péritonite accompagnée d'élévation thermique et alors le diagnostic devient insurmontable.

e). — *Étranglement herniaire.* — Les signes de l'occlusion intestinale ont une grande analogie avec ceux de l'étranglement herniaire. Pour éviter de commettre l'erreur, on songera à explorer tous les orifices susceptibles d'être le siège de hernie. La palpation sera un bon moyen de contrôle en montrant la présence d'une tumeur dure, irréductible, douloureuse, ces signes coïncidant avec la suppression des matières et des gaz et l'aggravation de l'état général.

Mais comme le fait remarquer Meyer (1), une surcharge de graisse peut masquer la hernie et faire songer à une occlusion intestinale. Le même auteur

1. Meyer. Monatschrift fur Geb. u. gyn., 1897. Bd IX.

rapporte un cas (observ. XII), où une quantité anormale de tissu adipeux empêchait à tel point l'exploration du canal inguinal qu'il pratiqua son incision comme pour une cure radicale de hernie.

f). — *Grossesse extra-utérine.* — Le diagnostic entre cette affection et l'occlusion intestinale peut être parfois très difficile.

Lepage rapporte un cas où en présence des symptômes de péritonisme simulant une occlusion intestinale, on fit tout d'abord le diagnostic de rupture d'un kyste fœtal, mais sans s'y arrêter, pour revenir ensuite à l'occlusion. Cependant l'intervention montra qu'il s'agissait bien d'une grossesse extra-utérine, l'œuf siégeant dans le ligament large : la brusquerie des accidents était due à l'épanchement sanguin dans le kyste fœtal.

En effet dans les deux cas, grossesse extra-utérine et occlusion intestinale nous retrouvons le même mode de début quant à la douleur. Apparition brusque, douleur abdominale violente, hypothermie. Mais la rupture de grossesse extra-utérine s'accompagne souvent d'un état syncopal qu'on ne retrouve pas dans l'occlusion intestinale. D'ailleurs l'occlusion a été signalée comme pouvant compliquer l'épanchement (Gauthier, Wegener, Lettauer).

Cependant pour le diagnostic de grossesse extra-utérine une notion a son importance. Si le doute est permis au moment de l'apparition des accidents, il faudra penser de suite à l'âge de la grossesse, et se

rappeler que l'occlusion n'est pas un accident des premiers mois.

Nous croyons devoir bien faire en rapportant ici deux observations empruntées à la thèse de notre ami le Dr Bazalgette (1).

Rupture de grossesse tubaire prise pour une occlusion intestinale (Professeur Reclus).

Femme X..., 30 ans. Bonne santé, deux enfants. Infection puerpérale au dernier accouchement, il y a deux ans. Depuis ce moment annexite bilatérale ayant provoqué une ou deux poussées de péritonite légère.

Entre à l'hôpital le samedi pour crise nouvelle ayant débuté le mercredi précédent, et offrant tous les caractères d'une pelvi-péritonite annexielle : douleur diffuse, balonnement du ventre, vomissements, température 38°5.

Examen à l'entrée : cul-de-sac postérieur libre, culs-de-sac latéraux à demi remplis par les masses annexielles et péri-annexielles où l'on ne distingue rien. Il est impossible de trouver le fond de l'utérus sur la paroi abdominale qui est très distendue et qui se défend très vivement au moment de la palpation.

Miction facile. Selles normales. Pas de retard des règles, elle a perdu plusieurs fois le mois dernier.

Opium et glace.

Pas de modification pendant trois jours.

1. Bazalgette. *Les grossesses tubaires méconnues.* Th. Paris, 1904.

Le jeudi suivant, sans aucun symptôme précurseur, la malade vomit abondamment un liquide verdâtre, mêlé de matières fécales. Aucune autre réaction au point de vue température et douleur. Pouls rapide. Ventre ballonné. Sonorité hépatique.

Devant ces signes d'occlusion avec possibilité de péritonite secondaire, M. le professeur Reclus conseille la colostomie iliaque à la cocaïne, l'état général faisant redouter le chloroforme.

A l'ouverture du péritoine il s'échappe une quantité notable de sang noir liquide et quelques caillots. On donne alors du chloroforme et on fait une laparotomie médiane exploratrice. L'orifice supérieur du bassin est complètement fermé par un diaphragme d'adhérences, au milieu desquelles sont l'utérus, les annexes des deux côtés, l'intestin et l'épiploon. Vers les annexes droites, un foyer hématique permet de localiser à ce niveau la grossesse ectopique rompue.

La décortication des adhérences épiploïques et intestinales est très laborieuse. Lorsque le bassin est à peu près dégagé on voit que l'utérus et les annexes gauches sont repoussées vers la gauche par les annexes droites auxquelles adhère intimement une anse du petit intestin fortement coudée.

Extirpation de l'utérus et des annexes suivant le procédé de Kelly.

Le kyste fœtal rompu se trouvait au tiers externe de la trompe.

La femme mourut le lendemain.

« Dans ce cas, l'absence de symptômes fonctionnels et généraux s'explique par ce fait que la malade

avait une double annexite, que la rupture tubaire s'est faite dans un foyer d'adhérences et que par conséquent l'hémorragie s'est faite par petites poussées successives et non d'un seul coup par inondation péritonéale.

« L'absence de signes physiques, c'est-à-dire l'absence d'une collection dans le cul-de-sac de Douglas avec surélévation rétro-pelvienne de l'utérus, s'explique par les adhérences antérieures qui avaient complètement isolé le cul-de-sac recto-génital, lequel au cours de l'opération a été trouvé complètement vide, sa partie supérieure étant fermée. L'hémorragie s'était donc faite au-dessus des adhérences, par conséquent dans l'abdomen, laissant l'utérus dans sa position habituelle. »

Grossesse tubaire. Inondation péritonéale sans rupture du kyste fœtal, par M. Blum (Diagnostic porté : obstruction intestinale).

C. V..., 27 ans, est admise d'urgence le 11 novembre 1902 à 2 heures du matin. Elle s'était endormie bien portante et à 11 heures du soir elle était réveillée brusquement par une douleur abdominale très vive et des vomissements alimentaires.

A son entrée elle est pâle et dans un état presque syncopal. Le pouls est petit, incomptable, le ventre ballonné et douloureux. L'état de la malade est si alarmant que le chirurgien de garde renonce à intervenir, bien qu'il pense à une obstruction intestinale.

A la visite du matin le pouls à 130 est moins faible que dans la nuit. Ventre ballonné, tendu et douloureux. La douleur a son maximum à l'épigastre plutôt que dans le petit bassin. Cul-de-sac postérieur légèrement bombé et tendu. Pas de vomissements, pas de constipation.

On apprend que les règles ont eu lieu pour la dernière fois le 20 août dernier. Le 25 octobre douleurs abdominales avec perte de sang, sans caillots. Un médecin a porté le diagnostic de fausse couche.

Depuis cette époque, le malade a eu constamment des douleurs abdominales sourdes. En présence de ces antécédents on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale et on décide l'intervention immédiate.

L'intervention montre une grossesse tubaire gauche, cause d'une inondation péritonéale considérable.

g). — *Parésie intestinale.* — Il est d'autres cas encore très embarrassants où l'on voit, à la suite de constipations opiniâtres, apparaître des symptômes graves qui finissent par céder aux moyens médicaux habituels.

Richelot cite le cas d'une primipare enceinte de 8 mois 1/2 et présentant depuis trois jours les signes de l'occlusion intestinale. Douleurs. Anxiété. Vomissements bilieux, absence de gaz et de matières. Ballonnement. On intervient. On dévide l'intestin qui était retenu par quelque bride, le mésentère faisant corde. Guérison. La femme entre en travail et accouche d'un enfant mort.

Il peut donc être très difficile de distinguer au cours de la grossesse les accidents de parésie intestinale simulant l'occlusion, en particulier chez les arthritiques nerveuses.

II. — *Pendant le travail.*

Si le diagnostic est délicat pendant la grossesse, il devient presque impossible pendant le travail. La douleur, les vomissements peuvent en effet s'observer dans les deux états : tout au plus, une douleur vive, subite, peut-elle donner le soupçon d'une lésion chez une femme à passé intestinal ou génital.

Deux affections peuvent pendant le travail être des causes d'erreur : la rupture utérine et la perforation intestinale.

La rupture utérine, au moment du travail, s'accompagne d'un cortège de symptômes toujours graves et subits : la femme qui jusque-là n'avait eu que des douleurs intermittentes, ressent une douleur localisée en un point fixe et continue. Dans d'autres cas, c'est une sensation de déchirure profonde. Les contractions utérines le plus souvent sont supprimées ; d'autres fois, elles sont aussi énergiques que normalement. Tantôt enfin l'utérus est en état de rétraction et de contracture constante. L'état général devient inquiétant et s'accompagne de sueurs froides, de lipothymies, de nausées, de dyspnée.

La perforation intestinale par traction sur l'intes-

tin d'une bride inflammatoire, ou la déchirure de vieilles brides péritonéales, au moment des contractions utérines, peut être prise pour une occlusion intestinale : « Dans le premier cas on aura une douleur subite et aiguë avec symptômes de perforation qui se surajoutent à ceux du travail ; dans le deuxième cas, les signes d'hémorragie interne plus ou moins abondante, suivant la vascularisation des adhérences déchirées. Mais souvent ces questions ne peuvent être résolues qu'après l'expulsion du produit de conception ou même plus tard au moment de l'intervention. »

III. — *Pendant les suites de couches*

Pendant les suites de couches on pourra penser à l'occlusion intestinale en présence de symptômes abdominaux douloureux qui sont dus à des tranchées ou à de la péritonite.

Les tranchées sont des contractions utérines douloureuses survenant pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement, parfois même davantage. Comme le fait remarquer Tarnier et Chantreuil (1), « elles sont tellement vives qu'elles arrachent des cris à l'accouchée, et chez certaines femmes les douleurs produites par les tranchées sont plus fortes que celles de l'accouchement. »

1. Tarnier et Chantreuil. *Tr. de l'art des accouchements* p. 771.

Pour le diagnostic, on recherchera la douleur bien localisée de l'utérus, irradiant vers la région sacro-coccygienne, vers les lombes, vers l'aîne, les cuisses, et coïncidant avec une contraction utérine, ce dont les femmes se rendent bien compte par la sensation de boule qu'elles éprouvent et qu'on peut reconnaître en appliquant la main sur la région hypogastrique. Enfin l'intermittence de ces douleurs, qui sont séparées les unes des autres par un intervalle où le calme est complet, est un signe caractéristique.

L'état général est bon : cependant parfois les tranchées sont si fortes qu'elles occasionnent des vomissements et laissent après leur passage un endolorissement de tout le ventre.

C'est alors que le diagnostic avec la péritonite ou l'occlusion intestinale peut être difficile.

Quant à la péritonite le diagnostic en a été fait quand nous avons traité du diagnostic, pendant la grossesse, entre l'occlusion et la péritonite aiguë.

Le diagnostic d'occlusion étant posé, est-il possible de savoir sur quelle partie du tractus intestinal siège l'obstacle?

D'une manière générale et *a priori* on peut dire que si l'occlusion est aiguë l'obstacle a beaucoup de chance pour consister en une lésion de l'intestin grêle, tandis que, si l'occlusion est chronique, il est situé plus probablement sur le gros intestin.

La douleur localisée par la malade en un point particulier et développée par la pression au même niveau est un signe de valeur dans l'occlusion aiguë,

surtout si, en même temps, on découvre une tuméfaction ou une induration. Quand on trouve plusieurs points douloureux, en cherchant bien on peut arriver à en reconnaître un particulièrement douloureux.

R. Zachen insiste sur l'existence d'une tuméfaction limitée comme un bon signe du siège de l'obstacle; malheureusement cette tuméfaction, qui a pu exister à un moment donné, est vite masquée par les progrès du ballonnement.

« En somme, s'il est quelquefois possible de savoir sur quelle partie de l'intestin est placé l'obstacle au cours des matières, nombreux sont les cas dans lesquels on est forcé de rester dans le doute, ou de s'en tenir à des présomptions. Ce n'est pas, toutefois, l'opinion de Wahl, qui, dans deux mémoires (1), insiste sur la possibilité de diagnostiquer sinon la nature, du moins le siège de l'occlusion. Il part de ce principe, tout au moins discutable pour bien des cas, que la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle ne peut se distendre d'une manière notable parce qu'elle se vide par les vomissements et que, seule, l'anse étranglée ou tordue se développe démesurément et produit le météorisme. On pourrait reconnaître le siège de cette anse par la vue et par la percussion, mais surtout par la palpation, qui permet de sentir l'anse volumineuse et fixée. Quand la paroi abdominale est très tendue, il faut faire cette exploration sous le chloroforme. » (Jalaguier).

1. Wahl. *Centralblatt für chir.*, 1889, n° 9, p. 153.

Reste à savoir maintenant à quel genre d'obstacle on a affaire. R. Zachen a noté une invagination et cinq volvulus sur les vingt-quatre cas qu'il rapporte dans sa thèse. Dans l'observation VIII il existait une torsion de l'anse de gauche à droite. On pourra soupçonner le volvulus si, en l'absence de tout symptôme de rétrécissement du gros intestin, il existe une douleur vive, d'abord intermittente, puis continue et réveillée par la pression dans la fosse iliaque gauche, si le ballonnement qui peut être énorme a débuté par le côté gauche. Quelquefois on peut percevoir une tuméfaction vague à gauche de la ligne médiane qui va de l'ombilic à la symphyse (Observ. VI.)

Suivant Trèves, l'étranglement par bride est surtout caractérisé par la grande faiblesse musculaire, l'aspect horriblement anxieux du visage qui est contracté par la douleur.

PRONOSTIC

Disons de suite que le pronostic de l'occlusion intestinale au cours de la grossesse est grave. En effet, sur les 35 observations d'occlusions au cours de la grossesse que nous avons relevées, 20 présentent une terminaison fatale. Soit environ 57 0/0 de mortalité.

Un des facteurs principaux qui aggrave le pronostic, c'est l'avortement, car les pertes de sang qu'il provoque affaiblit encore les malades déjà affaiblies.

Richard Zachen, dans sa thèse, cite 24 observations d'occlusion intestinale gravidique, parmi lesquelles on trouve 8 avortements.

D'après le relevé de nos observations, mettant à part les cas où l'accouchement a été provoqué, nous pouvons dire que 10 fois sur 20 l'occlusion a déterminé soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Voyons maintenant quelle est l'influence de l'expulsion spontanée du fœtus sur la vie de la mère ?

Six fois sur dix la mère a succombé après l'expulsion spontanée du fœtus. Et cependant, dans nom-

bre d'observations, on a noté une amélioration très sensible. Il est vrai qu'elle n'était que passagère.

« L'accouchement, dit Meyer, a une action réelle sur les symptômes, mais il n'atténue en rien la gravité de la lésion. »

En ce qui concerne le pronostic de l'enfant, il est sombre également. R. Zachen, dans ses 24 cas, n'en relève que 2 où les malades guéries expulsèrent leur produit. Vergez dit que sur 23 enfants, 12 sont nés avant terme et dix fois la mort de la mère a entraîné celle de l'enfant.

Il est un fait sur lequel nous croyons devoir insister un peu pour le pronostic, c'est le mode de traitement mis en œuvre.

Zachen dit que sur quatre femmes qui avaient suivi un traitement médical, deux eurent un produit normal, les deux autres avortèrent. Six fois l'avortement eut lieu chez des opérées. Cela ne fait aucun doute, ajoute-t-il, que l'avortement et ses conséquences seront grandement favorisés par l'opération.

II. — *Pendant le travail.*

Lorsque l'occlusion intestinale s'est montrée pendant le travail, le pronostic a toujours été fatal pour la mère. Quant à l'enfant sa vie n'a pas été compromise. De plus, il semble que l'occlusion soit sans action sur le travail.

III. — *Pendant les suites de couches.*

Dans ce cas, le pronostic est le même que pour l'occlusion ordinaire et nous citerons à ce propos les quelques lignes suivantes empruntées à M. Jalaguier.

« Dans l'occlusion aiguë, la libération spontanée de l'intestin est exceptionnelle et, en dehors d'un traitement médical ou d'une intervention chirurgicale qui sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce, les malades ont fort peu de chances de guérir. La mort survient par perforation et par péritonite au bout de quelques jours : ou bien par l'affaiblissement progressif dû à l'intensité des phénomènes nerveux réflexes et à l'auto-intoxication par les produits septiques accumulés dans l'intestin au-dessus de l'obstacle et résorbés. Dans quelques circonstances la mort a été très rapide. » (Jalaguier) (1).

1. Jalaguier. *Traité de chirurgie*, Duplay-Reclus, tome VI.

TRAITEMENT

I. — *Pendant la grossesse.*

Lorsque le diagnostic d'occlusion pendant la grossesse est posé, il n'y a pas d'hésitation à avoir, le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale. Il faut aller de suite à la recherche de l'obstacle et le lever immédiatement. Souvent l'avortement est consécutif plus ou moins tardivement à l'intervention. Néanmoins la grossesse reste comme une complication et non comme une contre-indication à l'acte opératoire.

Il ne faudra pas cependant pour cela rejeter du traitement de l'occlusion intestinale gravidique, le traitement médical. Les bains chauds, les purgatifs, les lavements électriques ne devront être tentés que dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'une pseudo-occlusion par parésie intestinale, comme dans les cas rapportés par M. Lepage à la société d'obstétrique de gynécologie et de pœdiatrie en 1901 (Obs. XIII).

Pour les autres cas et chaque fois qu'au cours

d'une grossesse se montrent les symptômes d'obstruction, il faut, comme le fait remarquer M. le professeur Pinard, penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine ou d'une appendicite et proscrire l'usage des purgatifs. Duplay les a également condamnés dans l'occlusion intestinale ordinaire parce que ce traitement s'adresse uniquement à un symptôme.

D'ailleurs les auteurs qui l'ont employé n'en ont retiré que de médiocres résultats : seule la malade de Burbidge paraît en avoir retiré un avantage. Nous citerons le cas rapporté par Parizot (de Dijon) dans la *Bourgogne médicale* de 1893.

L'auteur raconte que devant une légère amélioration de l'état général, on s'abstint de l'intervention et on pratiqua alors le lavage de l'estomac. On lave avec cinq ou six litres et on fait du massage. Puis on donne 80 grammes d'huile de ricin et le soir un lavement avec 40 grammes de sulfate de soude et 30 grammes de sené. A 5 heures, l'occlusion était vaincue.

Le traitement médical semble appelé à rendre des services, s'il est bien dirigé. Bien entendu il combattra les symptômes. Il faut surtout lutter dès le début contre cet affaiblissement précoce et progressif qui conduit la malade vers le collapsus noté dans presque toutes les observations. On s'adressera donc tout d'abord à la douleur car c'est elle qui provoque l'épuisement nerveux. Si ce traitement ne donne pas de grandes chances de guérison, en revanche il prépare la malade à une intervention.

M. Moutard-Martin donne un centigramme d'extrait d'opium toutes les heures. On pourra, si l'on préfère, lui substituer la morphine, « mais en aucun cas on n'emploiera la belladone » (G. Traversa). Il ne faudra pas cependant abuser de ce calmant dans la crainte de renforcer la constipation déjà existante.

Pour lutter contre le météorisme, on mettra de la glace sur le ventre ; on combattra les vomissements en faisant sucer à la malade des petits fragments de glace. La potion de Rivière sera également efficace.

Enfin il est des cas où l'intervention chirurgicale, bien que nécessaire, est contre-indiquée par la gravité de l'état général. C'est alors que l'on pourra recourir à la ponction capillaire, préconisée par Curshamm, Frentzel, Furbringer. Il ne faut considérer ce mode de traitement que comme un pis-aller, car il est dangereux et peut être la source d'une infection péritonéale. Dans un cas de R. Zachen, la malade mourut après la ponction (Observ. XXXV). Carthy (observ. XXXIV) cite un cas de guérison rapide par l'emploi de ce procédé.

Donc, si les grands lavages de l'intestin et de l'estomac, ainsi que les lavements électriques, ont donné quelques succès, c'est surtout lorsqu'il s'agissait d'occlusion intestinale par parésie intestinale, plutôt que par étranglement véritable de l'intestin. Quand on sera en présence d'une occlusion intestinale dont la lésion intime, étranglement ou obstruction, sera inconnue, on recourra de suite aux moyens médi-

caux, purgatif, lavage, électrisation. Mais il ne faudra pas persévérer sans résultat, car c'est la mort certaine de sa malade. L'acte chirurgical s'imposera alors et le pronostic dépendra de la précocité de l'intervention.

Il nous semble que dans les cas d'occlusion pendant la grossesse ou doive mettre en pratique le conseil de Verneuil : « Opérer d'urgence les affections qui mettent immédiatement en danger la vie de la mère et contre lesquelles la thérapeutique serait insuffisante ». Pinard également conseille d'ouvrir le ventre quand on a un cortège symptomatique montrant qu'il y a obstruction .intestinale ou lésion péritonéale. Cependant le chirurgien est embarrassé en présence d'une femme enceinte qui doit subir une opération.

Certains auteurs ont pensé qu'une opération chez une femme enceinte retardait l'accouchement. Verneuil pensait que la gravité est subordonnée à l'intensité de la fièvre traumatique. Si celle-ci est intense, si la température s'élève à 40° presque inévitablement, il y a avortement et mort à la suite d'érysipèle, de lymphangite. D'autres auteurs (Polaillon) pensaient qu'il faut également faire intervenir dans le pronostic des opérations chez les femmes enceintes la quantité de sang perdu et l'époque de la grossesse. Si l'opérée perd beaucoup de sang, elle sera plus prédisposée aux accidents graves. Quand à l'époque de la grossesse une femme enceinte est beaucoup plus susceptible d'avorter dans les quatre ou cinq pre-

miers mois, mais surtout au troisième ou au quatrième, plutôt que dans la seconde moitié. Guéniot estimait qu'aux causes précédentes, il fallait en ajouter une quatrième à savoir le degré de contractilité de l'utérus suivant les femmes.

Quoi qu'il en soit la seule thérapeutique efficace est la laparotomie. Cette opération a été pratiquée quatorze fois dans le nombre des observations que nous avons relevé (Observ. II, III, V, VI, VIII, XI, XII, XV, XXI, XXII, XXIII, XXVI, XXVII, XXXI). La guérison a été obtenue sept fois (Observ. VI, VIII, XII, XV, XXII, XXIII, XXVI). Dans les six autres cas, la mort a été la terminaison. Mais dans ces cas, au moment de l'intervention, les malades étaient déjà condamnées.

On traitera donc l'occlusion intestinale gravidique comme une occlusion ordinaire, c'est-à-dire sans tenir compte de la grossesse. Cependant parfois la tumeur utérine gène l'opérateur, l'empêche de trouver la lésion. Ces dans ces cas que l'on sera autorisé à pratiquer un anus contre nature.

Pour ce qui est de la laparotomie elle-même, les dificultés opératoires ne sont pas réellement augmentées du fait de l'utérus gravide. Dans l'observation VI on voit que l'opération fut menée à bien, sans gène importante, malgré une grossesse de neuf mois.

Un autre argument invoqué contre la laparotomie, surtout lorsque par suite d'une gangrène de l'intestin on est obligé d'en faire la résection, serait que la

suture intestinale pourrait céder au moment des contractions du travail et le succès opératoire être compromis.

A cela on peut répondre que la suture de l'intestin pratiquée dans l'observation XXIII ne fut pas du tout tiraillée pendant le court travail qui suivit. Il en est de même dans l'observation VI où le travail et l'avortement consécutif se montrèrent pendant la suture de l'intestin.

« Quels seront les résultats d'une laparotomie pratiquée à temps ? Pour répondre à cette question, il suffit de se rappeler que depuis les faits de Spencer Wells, de Barnes, de Guéniot, de Verneuil, on ne compte plus les cas où une intervention chirurgicale a débarrassé une femme enceinte de lésions graves : nous devons surtout tenir grand compte de ce fait que par la laparotomie, l'appendicite, cette autre complication de la grossesse, d'histoire récente et qui présente avec l'occlusion bien des points communs, que l'appendicite, disons-nous, dépistée et décrite par des cliniciens éminents et traitée suivant leurs indications, est devenue un accident d'une gravité très atténuée. » (Vergez).

Si la laparotomie occupe et doit occuper le premier rang dans le traitement de l'occlusion intestinale pendant la grossesse, il est un autre moyen qu'il ne faut pas passer sous silence car il a été employé ; c'est l'accouchement provoqué.

Ce moyen serait surtout utilisé lorsque l'utérus gravide comprimerait l'intestin. « Dans des cas ana-

logues, dit Bandera, la vie de la femme pourrait être sauvée par la désoccupation de l'utérus. Le moyen à employer consistera soit dans la ponction des membranes, soit dans l'emploi des autres armes que la chirurgie met dans notre pouvoir. »

Mais nous rappellerons que dans les quelques observations où le chirurgien ou l'accoucheur a essayé de déterminer les phénomènes du travail, les malades ont succombé ! Ce désastreux résultat n'est pas un encouragement vers cette intervention.

II. — *Pendant le travail.*

Lorsqu'une femme entre en travail et que se montrent les symptômes de l'occlusion intestinale, la conduite à tenir qui actuellement semble prévaloir c'est d'attendre l'expulsion spontanée du fœtus : on pourra même accélérer le travail (Meyer-Lepage) à l'aide du ballon de Champetier de Ribes ou du dilatateur Tarnier (Lepage) et lorsque la délivrance aura été effectuée on fera la laparotomie et l'on se comportera alors comme pour l'occlusion ordinaire.

III. — *Pendant les suites de couches.*

« Les accoucheurs savent bien que certains accidents fébriles, qui surviennent pendant les suites de couches, disparaissent après l'évacuation alvine spontanée ou provoquée par un léger purgatif. » (Bou-

chard). Si les accidents observés prennent les allures de l'occlusion intestinale on se comportera de la même manière que pour l'occlusion ordinaire, c'est-à-dire que sans tarder on pratiquera la laparotomie.

OBSERVATIONS

Observation I

Parizot (de Dijon). Dans *La Bourgogne médicale*, 1893.

Mme C..., 26 ans.

Antécédent héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Carreau à 6 ans. Vers 9 à 12 ans, certaines déviations rachitiques dans les jambes.

Se marie à 20 ans. A une fille sans incidents. Devient veuve. Se remarie.

26 janvier 1893. — Douleurs violentes dans les reins et le ventre, si bien qu'on put croire à une fausse couche. L'abdomen se développa outre mesure. Il n'y eut plus ni gaz, ni selle.

27 janvier. — Même état avec vomissements bilieux.

28 janvier. — Vomissements fécaloïdes.

29 janvier. — Vomissements fécaloïdes.

30 janvier. — Les vomissements spontanés ont disparu, mais la malade ne pouvait conserver aucun solide, ni aucun liquide. Facies grippé. Pouls fréquent et misérable. Peau froide.

Le ventre est très distendu, non douloureux. Les anses

intestinales se dessinaient au-dessus de l'ombilic. Injections gazeuses d'eau de Seltz, sans résultat.

Massage abdominal. Eau-de-vie allemande. Rien.

Le 2 février. — On décide l'intervention chirurgicale.

Au moment de l'intervention, la jeune femme semble avoir un facies meilleur. Le pouls était régulier, assez fort et ne dépassait pas 120.

Devant cette légère amélioration on s'abstient. On pratique alors le lavage de l'estomac. On lave avec 5 ou 6 litres et on recommence le massage.

80 grammes d'huile de ricin, et le soir un lavement avec 40 grammes de sulfate de soude et 30 grammes de sené.

A 5 heures du soir, l'occlusion était vaincue.

La malade rendait par les selles presque un sceau à toilette de matières fécales.

A la suite, pendant six jours, la malade fut comme folle.

Actuellement, la grossesse de cinq mois suit son cours. Le fœtus est vivant.

Observation II

(Occlusion intestinale engendrée par la puerpéralité.)
Occlusion intestinale due à la compression de l'S iliaque par l'utérus gravide et adhérent.
(Observation inédite commniquée par M. le Dr Lejars, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine).

Mme Marie G..., 30 ans, m'est adressée à l'hôpital Saint-Antoine, le 20 janvier 1908, pour des accidents de constipation chronique et tenace qui se sont aggravés au cours de la dernière semaine et font craindre l'obstruction stercorale proprement dit.

Elle est enceinte de 5 mois 1/2 ; les premiers mois de grossesse se sont passés dans d'assez bonnes conditions ; depuis une huitaine de jours la malade « ne sent plus remuer » et l'on n'entend plus les battements du cœur fœtal.

Les accidents actuels se sont établis lentement, sans nulle brusquerie de début, sans douleur ; ils se sont caractérisés par l'absence de toute évacuation fécale, même à la suite de purgatifs assez énergiques, par la réduction extrême des émissions gazeuses, par un ballonnement progressif du ventre. Il y a eu de temps en temps quelques nausées, quelques vomissements peu abondants et bilieux, mais qui ne duraient pas.

A son entrée la malade ne présente ni pâleur, ni traits tirés, rien de suspect. Elle ne souffre pas : elle se plaint seulement de présenter de la tension de l'abdomen. Elle a rendu quelques gaz dans la nuit précédente. Le ventre est gros, nullement résistant, partout sonore, sauf au niveau de l'utérus gravide, qui remonte jusqu'à deux doigts de l'ombilic.

L'histoire antérieure ne présente rien de particulier. Il n'y a jamais eu d'attaque appendiculaire, ni de désordres utéro-annexielles. Le toucher vaginal ne révèle aucune indication spéciale.

En présence de cette situation, on hésite à admettre une occlusion vraie, et dans la première journée on administre à la malade l'huile de ricin à doses fractionnées, par cuillerées à café, d'heure en heure, jusqu'à concurrence de six. Il en résulte quelques coliques, l'émission par l'anus de quelques matières liquides, en petite quantité, et accompagnées de gaz.

Toutefois, l'état général paraissait si peu inquiétant, que l'on attendit jusqu'au 13 pour se résoudre à intervenir : le pouls était devenu plus fréquent et moins bon, le météorisme augmentait. Quelle que fut la cause de cet état stercoral, lentement constitué, il devenait urgent « d'aller y voir ».

Le 13, je pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale : je constatai d'abord que le cæcum était distendu, et aussi la partie supérieure de l'S iliaque. C'était sur se segment du gros intestin que portait le barrage et voici comment il se présentait : l'utérus gravide, d'ailleurs assez mou, était rétroversé et son fond accolé et fixé contre le promontoire et la paroi postéro-latérale gauche du bassin, sur l'S iliaque qu'il comprimait. Peu à peu on parvint en rompant et en sectionnant des adhérences en nappe et assez fortes, à ramener en avant, à redresser le fond de l'utérus et l'on constate alors qu'il portait en arrière un fibrome sous-péritonéal, gros comme une châtaigne, faisant relief et d'où partaient toutes les adhérences. Ce fibrome fut énucléé après incision de la mince lame de paroi utérine qui le recouvrait et la cavité est ensuite fermée par quelques sutures au catgut. Bien que l'S iliaque fut alors bien dégagée il sembla prudent d'y faire une étroite entérostomie, pour obtenir une plus rapide évacuation du contenu intestinal et enrayer le processus d'intoxication stercorémique ; le reste de la paroi abdominale fut réuni.

Tout alla relativement bien le premier jour : une certaine quantité de matières stercorales fut éliminée par l'orifice entérostomique, quantité insuffisante, pourtant, et qui témoignait par là de l'inertie parétique de l'intestin.

Le lendemain la malade expulsait, très rapidement et sans hémorragie, un fœtus mort. Ce même jour, elle allait à la selle par l'anus.

Malgré cela, le pouls restait mauvais, le facies également, bien qu'il n'y eut ni vomissements, ni réaction péritonéale.

Finalement elle succombait, au troisième jour, le 15 janvier.

Cette malade est morte d'intoxication stercorémique et l'intervention avait été trop tardive : nous avions eu le tort de nous laisser tromper par les apparences bénignes et incomplètes de l'occlusion, et d'attendre deux jours avant d'intervenir. C'est un enseignement à ne pas oublier.

Quant au mécanisme c'est, sans doute, le suivant : l'utérus portait sur sa face postérieure, près du fond, et depuis fort longtemps, probablement, un fibrome adhérent de la paroi postérieure, et qui n'avait donné lieu à aucun accident spécial. Sous l'influence de la gravidité, l'utérus ainsi fixé en arrière s'était infléchi en rétroversion et de plus en plus enclavé dans le bassin, exerçant sur l'S iliaque une compression de plus en plus marquée. Ainsi s'expliquait l'évolution du processus et sa lenteur.

Observation III

(Occlusion engendrée par la puerpéralité).
Des difficultés que présente le diagnostic de l'étranglement intestinal pendant la grossesse.

(J. M. Bandera, *in Periodico de la Academia de Mexico*, 1887).

La Sra. M. A. de Mexico, âgée de 29 ans, avait déjà été soignée par nous pour une pleurésie purulente dont elle était guérie. Le 27 septembre, nous fûmes appelés près d'elle pour de violentes douleurs de ventre. Nous apprîmes la suppression de ses règles sans pouvoir leur fixer une date précise. La température était de 35°6. Rien ne pouvait expliquer la cause des douleurs. Le teint était jaune, la voix éteinte, le pouls misérable, la peau froide. Le ventre était distendu, non douloureux à la pression. On y sentait une tumeur dure, rénitente, arrivant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La paroi était dans un tel état de défense musculaire qu'on cherchait en vain l'utérus et qu'il fallait se demander si réellement on était en face d'une gestation. Le col de l'utérus était mou, entr'ouvert, perméable.

Légères nausées : depuis l'apparition des douleurs, la malade n'avait évacué qu'un lavement. On pense à une fièvre paludéenne à forme algide.

Le 28, à midi, nous constatâmes avec le professeur Lavista, outre les mêmes symptômes, une ascension de l'utérus vers l'épigastre, qui simulait une grossesse de neuf mois. Au niveau des épines iliaques antéro-supérieures les ligaments

larges donnaient la sensation de deux cordes tendues. Ventre dur, résistant, douloureux au palper.

Pendant la nuit, aggravation de l'état général. Température 37°5. Distension abdominale considérable. Vomissements bilieux. Pas d'évacuation anale depuis la veille. Pouls filiforme. Facies de mourante. Lavista parle d'occlusion intestinale. Il proposa l'accouchement immédiat. On n'entendait plus les bruits du cœur du fœtus.

Le 29, la malade succomba à dix heures du soir.

Autopsie. — Après ouverture de la paroi, l'utérus fit hernie à l'extérieur. Il était rouge, violacé, laissant écouler un liquide séro-sanguinolent. Il était remonté vers l'épigastre : les ligaments larges étaient tendus : une masse intestinale croisait le ventre d'une fosse iliaque à l'autre : c'était une partie du côlon descendant et du côlon transverse. En la soulevant on voyait l'intestin grêle libre et sain. En remettant les organes à leur place nous vîmes l'utérus au-dessus de la masse intestinale : l'anse distendue du gros intestin passait près du segment inférieur et du col. La partie supérieure de l'S iliaque était accolée au cæcum et unie à lui par des adhérences de nouvelle formation.

En suivant avec la main les parois de l'utérus, au-dessus du col, on sentait à ce niveau un resserrement formé par l'application étroite du gros intestin. Le reste du gros intestin énormément dilaté offrait l'aspect asphyxique propre à la paralysie vasculaire. La matrice ouverte avait les dimensions d'un utérus de six mois. Le fœtus était mort. Le placenta était parsemé de noyaux blancs. La cavité péritonéale ne portait pas trace d'inflammation.

Observation IV

(Occlusion engendrée par la puerpéralité.)
Treub. (*in Nederl. Tijdschr. v. Verlosk.* Bd., n° 3.
Ref. *Centralb. f. gyn.*, 1872, p. 375, and bei
Gottschalk) (vide Fall 15, p. 377).

Il s'agit d'une femme au septième mois de la grossesse, qui arriva mourante à l'hôpital avec les signes de la péritonite aiguë. Depuis cinq jours elle n'avait pas eu de garde-robes. Elle vomissait depuis trente-six heures.

L'utérus était en rétroflexion et incarcéré. Redressement.

Mort deux heures après.

Autopsie. — Côlon gangréné. — Péritonite secondaire.

Observation V

(Occlusion engendrée par la puerpéralité.)
R. Zachen (Th. Leipzig, 1907).

Il s'agit d'une femme de 39 ans, enceinte de cinq mois.

Elle présente les signes de l'occlusion intestinale.

L'opération montra que la cause en était une compression de l'intestin.

Mort.

Observation VI

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
R. Zachen (Th. Leipzig, 1907).

Femme H..., de Spellen, près Wesel. Le 6 décembre 1897, elle ressent tout à coup de violentes douleurs de ventre.

Suppression des gaz et des garde-robes. Vommissements.

La femme était au terme de sa grossesse.

A l'examen, la malade fait l'impression d'être perdue. Le pouls assez fort bat à 100 à la minute. La respiration est un peu agitée.

Vomissements fécaloïdes. Violentes douleurs de ventre.

Il y a toujours suppression des gaz et des selles. La pression du ventre est douloureuse à l'excès. La limite supérieure de l'utérus ne peut être trouvée à cause de la pression de l'instestin ; cependant on sent le corps de l'utérus au-dessus du nombril.

Si la pression du ventre est partout douloureuse, cependant il en est une plus douloureuse encore à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et en dehors de la ligne médiane. Il y a là aussi plus de résistance musculaire.

A l'ouverture du péritoine, l'intestin tend à s'échapper par la plaie. Il est rentré avec peine. Une corde qui prenait son origine un peu au-dessus de l'arcade de Fallope pouvait être suivie jusqu'au nombril et là se perdait dans une circonvolution de l'intestin. Un léger examen montre qu'il existe un enroulement de l'intestin. Les anses sont déroulées, la corde prudemment sectionnée. Bien que l'état de l'intestin fut suspect, le malade était si faible qu'on ne fit pas la résection de l'anse.

Les jours suivants, la malade a encore des vomissements fécaloïdes.

On ouvre le ventre à nouveau et on trouve l'anse complètement nécrosée. On fait un anus contre nature.

Guérison.

Observation VII

(Occlusion intestinale influencée par le travail.)
Champetier de Ribes et Constantin Daniel.
Ann. de gyn., 1902.

Femme de 31 ans, VI-pare. Trois accouchements à terme, un avortement de quatre mois.

En 1897, M. Championnière l'opère pour une grossesse tubaire. Il enlève la trompe et l'ovaire gauche.

Dernières règles du 9 au 15 août 1900.

Entre à la maternité de l'Hôtel-Dieu quelques jours avant le terme. Présentation du sommet en OIGA. Entre en travail le 20 mai à 8 heures du matin. Une heure après le début du travail, la femme se plaint de douleurs abdominales violentes siégeant à gauche : cette douleur persiste pendant tout le travail, augmentant d'intensité pendant l'expulsion du fœtus. L'accouchement se passe normalement. Mais après, la douleur persiste aussi intense. La température du soir est de 38°, le pouls bat à 120. L'état général s'aggrave les jours suivants : phénomènes péritonéaux ; constipation que rien ne peut vaincre ; empâtement de la région péri-ombilicale gauche.

Mort le 25 mai.

Autopsie. — On trouve une anse du côlon pelvien gangrénée, distendue par des matières fécales et perforée.

Cette anse était coudée sur une bride péritonéale utéro-colique, longue de 5 à 6 centimètres, du volume d'une grosse plume d'oie ; nombreuses adhérences utéro-coliques ; un abcès pelvien enkysté.

Observation VIII

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Bulletin et Mémoire. Soc. chirurgie, *Paris*,
Rochard et Morestin, 1900.

Le 26 août 1899, M. Morestin est appelé à 11 heures du soir à la Maternité, dans le service de M. Porak, pour une accouchée dont l'état inspire les plus graves inquiétudes. C'était une infirmière de l'hôpital Broussais, âgée de 29 ans. Elle n'avait jamais eu d'autre maladie que des accidents péritonéaux en 1895 attribués à une appendicite. Un chirurgien appelé à ce moment jugea son état si grave qu'il ne l'opéra pas. Cependant elle fut remise en quelques jours. Une première grossesse en 1896 qui se termine bien. Une seconde commence vers la fin de l'année 1898. Dernières règles, 15 novembre 1898. Le 24 août, c'est-à-dire à terme, elle est prise de douleurs dans la tête, le creux de l'estomac, le bas-ventre.

Le 25, elle est transportée à la Maternité. On constate un début de travail. L'enfant vivant se présente en OIDP. L'état général est mauvais. Facies pâle, tiré, pouls rapide.

Vomissements bilieux, abondants, subdélire. La malade ayant de l'albumine, on craint l'éclampsie.

Cependant l'accouchement et la délivrance s'effectuent bien, mais presque aussitôt la délivrance, la malade se plaint de vives douleurs dans le ventre. On constate au dessus de l'utérus et nettement distinct de lui, une sorte de masse bilobée, située à gauche de l'ombilic. On pensa d'abord à des fibromes plus ou moins ramollis, puis on

émit l'hypothèse plus probable de volvulus. Les vomissements continuent toute la nuit et la journée du lendemain. Applications de glace sur le ventre, puis de compresses chaudes. Mais le ventre se ballonnait, les vomissements devenaient féca'oïdes, la respiration s'accélérait ainsi que le pouls. Il n'y avait eu ni selle, ni gaz depuis le 25 à midi.

M. Morestin qui voit alors la malade perçoit une tumeur occupant la région ombilicale à gauche de la ligne médiane et la dépassant en haut vers l'épigastre et à gauche vers l'hypocondre.

Laparotomie. — A l'ouverture du péritoine il s'écoula une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. L'épiploon relevé, il aperçoit l'intestin considérablement distendu. Il attira à l'extérieur cette anse dont la coloration était d'un rouge intense et la surface couverte de fausses membranes. Elle formait une masse plus grosse qu'une tête de fœtus à terme. Il s'agissait de l'intestin grêle. Après examen attentif, M. Morestin constata qu'il y avait tout d'abord une torsion de l'anse de gauche à droite. Il fut aisé de la détordre après destruction de quelques fausses membranes formées autour du pédicule tordu. Il subsistait néanmoins après cette manœuvre un agent d'étranglement enserrant les deux pédicules de l'anse distendue. Celle-ci avait passé à travers un orifice à bords rigides, étroitement appliqués à l'anse. Cet orifice était pratiqué à travers le mésentère. La réduction s'opéra en masse sans trop de peine après agrandissement par déchirure prudente de l'orifice et immédiatement les gaz distendirent rapidement de proche en proche les anses flasques en même temps que l'anse étranglée diminuait de volume. Fermeture de la paroi.

Observation IX

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Rudaux et Chartier. *Ann. de Gyn.*, 1905.

Femme de 27 ans. Première grossesse à 23 ans. Accouchement normal. Deuxième grossesse à 25 ans. Accouchement normal.

A aucun moment de sa vie cette femme n'avait souffert du ventre.

Le 10 octobre. — Le matin elle est prise brusquement de douleurs atroces du ventre. La sage-femme appelée pense à un avortement. On calme les douleurs avec du laudanum. Les 10, 11 et 12, les vomissements continuent. L'état général est très mauvais.

Expulsion d'un fœtus de quatre mois, environ deux heures avant la mort de la femme.

L'autopsie montre des lésions de péritonite aiguë. La dernière portion de l'iléon forme une anse étranglée par un collet étroit Cette anse est violacée et présente à sa partie moyenne une ouverture par où s'échappe son contenu.

L'anneau constricteur est formé par l'appendice et son méso, recourbés sous l'anse étranglée et terminés par une bride adhérent fortement au mésentère, au niveau de sa continuation avec le méso-appendice.

L'utérus est tapissé de fausses membranes. Pas de trace de déchirure, ni de perforation. Placenta désinséré et tombé dans le segment inférieur.

Observation X

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité).
Butruille et Minet. Obstruct. intest. par étrangl. int. accomp. avort. de 2 mois 1/2. *Écho médical du Nord* 1905.

Charlotte D..., ménagère, 28 ans. Aucune maladie antérieure. Deux accouchements assez laborieux, le premier il y a sept ans, le second, trois ans. Lors de sa première grossesse elle dit avoir présenté de grandes douleurs abdominales avec constipation et vomissements. Ces symptômes durèrent sept jours et cédèrent à des purgatifs et à des lavements répétés. Depuis le second accouchement, la malade se plaint de pertes blanches et de douleurs dans l'hypocondre droit.

Ses règles avaient disparu depuis deux et demi, lorsque le lundi 27 novembre 1905 vers dix heures du soir, apparurent brusquement des douleurs abdominales qui lui firent craindre une perte. Ces douleurs continues durèrent toute la nuit, accompagnées de vomissements dès que la malade absorbait la moindre chose.

Mardi 29 novembre. — Les douleurs persistent ; la malade les compare aux douleurs de l'accouchement. Le Dr Vasseur appelé, constate un point douloureux à droite, un peu plus bas que le point de Mac-Burney. La palpitation est possible et ne révèle rien de spécial. Au toucher vaginal, il trouve un col mou, dévié en arrière : l'orifice externe est entr'ouvert à cause d'une large déchirure située à gauche. L'orifice interne est fermé. Le doigt retire du col quelques glaires rosés : l'utérus n'est pas mobile ;

il semble gros et dur. Le cul-de-sac droit est très résistant et douloureux.

Ni selle, ni gaz depuis le dimanche soir. Les vomissements sont fréquents. Température 37°. Pouls normal. On pense à une salpingite droite. Le soir on constate un abdomen très augmenté de volume, très douloureux à la percussion. Sonorité généralisée. Les culs-de-sac sont tendus et bombent dans le vagin. Douleurs continues. On met de la glace sur le ventre. Repos complet. Lavements laudanisés, injections vaginales très chaudes.

La famille, sans en rien dire au médecin, donne à la malade 30 grammes d'huile de ricin. Pas de selle.

Dans la soirée, le pouls atteint 100 pulsations à la minute, les lèvres sont rôties, la soif augmente, la température baisse à 36°7. Injection de morphine.

Mercredi 29 novembre. — Les douleurs sont calmées. Il n'y a plus de vomissements. Le ventre est moins tendu et moins douloureux. Les culs-de-sac ne bombent plus. Cependant l'état général est aggravé. Le pouls est dépressible, presque incomptable.

Jeudi 30 novembre. — Le ventre est redevenu gros, tendu, douloureux. Submatité dans le flanc gauche et l'hypogastre. Sonorité dans le flanc droit. La tension de l'hypogastre fait penser à la vessie distendue. Le cathétérisme donne 60 grammes. Toujours pas de gaz, ni de vomissements. Température 36°7. Pouls incomptable. Le soir, la malade est transférée à l'hôpital. Elle a des douleurs utérines expulsives : la malade perd quelques caillots et continue à saigner toute la nuit. Elle aurait eu de plus un vomissement noirâtre et sentant très mauvais.

Vendredi 1er décembre. — Pouls 120. Température 37°2. Ventre tendu. Submatité généralisée. La malade continue à perdre du sang par le vagin. Ventre gros, tendu, palpation impossible. Facies péritonéal.

Les professeurs Follet et Oui pratiquent la laparotomie à 6 h. 1/2 du soir. Le péritoine très épaissi et présentant de nombreuses adhérences est incisé sur une longueur de 6 centimètres : il s'en échappe de suite en grande abondance un liquide noirâtre, sanguinolent et à odeur repoussante de viande faisandée Un doigt introduit dans la cavité ne perçoit aucune tumeur, mais seulement des anses intestinales dilatées : les organes génitaux internes sont sains. L'utérus est gros comme un utérus gravide de trois mois. Pas de caillots dans le péritoine. Deux gros drains sont placés dans la cavité et la plaie est refermée.

On pratique un anus iliaque dans le flanc gauche. On retrouve à ce niveau de nombreuses adhérences et le même liquide qu'au niveau de la plaie médiane. Aucune anse intestinale ne vient faire saillie à l'orifice. On doit même renoncer à en amener une à la paroi tant les adhérences s'y opposent. L'état de la malade devient très grave. Le pouls est à 160. Un drain dans l'orifice et on referme. La malade meurt le lendemain à 6 heures du matin.

Le symptôme qui dominait chez cette malade était évidemment l'obstruction intestinale ; mais la variabilité des signes constatés chez elle et l'hémorrhagie utérine qui s'est produite le quatrième jour ont fait errer le diagnostic de la cause de cette obstruction.

Autopsie. — Pratiquée par le Professeur Curtis. A l'ouverture de la plaie médiane on trouve une poche que l'on

croit remplie par le liquide fétide et noirâtre de la veille. Cette poche est adhérente aux anses intestinales. On la prend d'abord pour une grossesse extra-utérine rompue et enkystée. Mais bientôt l'on constate avoir affaire à un amas d'anses intestinales grêles sphacélées: au-dessus d'elles on trouve une bride péritonéale tendue entre le cæcum et une anse grêle. L'appendice est rétro-cæcal et sain. On se trouve donc en présence d'un étranglement interne qui s'est produit par le glissement d'un amas d'intestin grêle dans un anneau constitué par la bride péritonéale en question.

Observation XI

(Occlusion influencée par la puerpéralité). Prof. Dr Meyer (*in Monactschrift fur Geburh n. Gyn.* Bd. IX, Heft. 2 p. 159).

Femme F... âgée de 42 ans, VII-pare. La dernière grossesse datait de neuf ans. Aucune anomalie. Les dernières règles étaient du milieu d'avril 1891. La grossesse suivait son cours malgré un coup très violent qui avait été porté sur le ventre durant l'été.

Le 20 décembre 1891 elle eut une selle naturelle le soir suivie de coliques et de vomissements qui durèrent toute la nuit. On pensa à un commencement de travail, la grossesse était de 8 mois.

Lorsque je fus appelé la malade n'avait évacué par l'anus aucune matière et aucun gaz depuis le 20 au soir :

Quelques vomissements bilieux et alimentaires qui disparurent sous l'influence de la morphine : la malade se plaignait de douleurs vagues, intermittentes et non bien localisées. La langue était humide, le pouls à 100. Il n'y a pas

de hernie. On constate un endolorissement du ventre et une grande sensibilité du côté gauche et le long de la face interne de la cuisse gauche. Un laxatif fut rejeté par vomissement et un lavement ne produisit aucun effet. Dans le courant de la nuit, la situation s'aggrava et le 24, au matin, la malade eut un vomissement fécaloïde.

Dans la nuit apparurent les douleurs du travail : la tête était à demi-engagée, le col entr'ouvert. Comme la patiente était très grasse, je ne pouvais pas éliminer tout à fait la possibilité d'une hernie étranglée. Je me décidai donc à pratiquer une incision comme pour la cure de la hernie, me réservant de prolonger l'incision, si je ne trouvais pas trace de hernie, de rechercher l'obstacle et, au cas où je ne le trouverais pas, de faire un anus contre nature.

Après avoir sectionné les parois très grasses, je trouvai le canal inguinal et le canal crural parfaitement libre : à la section du péritoine, s'écoula beaucoup de liquide jaunâtre clair, semblable à du liquide ascitique.

En introduisant le doigt, je sentis dans le ligament large gauche, tout contre la paroi latérale de l'utérus, une petite ouverture dans laquelle s'engageait une anse intestinale. Je prolongeai l'incision en haut et à gauche et je tirai à moi l'anse intestinale, ce qui se fit sans difficulté. L'intestin portait un sillon et au fond de ce sillon une éraillure de la séreuse. Ce sillon se prolongeait sur le mésentère sous forme de stries ecchymotiques.

L'orifice mésentérique, à bords taillés à pic, laissait pénétrer l'extrémité de l'index. J'élargis cette déchirure avec les doigts et je fis la réunion de la paroi.

Deux heures après l'intervention, rupture de la poche

des eaux, et un quart d'heure après, accouchement spontané d'une fille.

Les jours suivants furent marqués par la cessation des vomissements, l'émission de gaz, et par deux garde-robes provoquées par un purgatif huileux. Vingt-sept jours après, la malade guérie quitta la Clinique.

Observation XII

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Lepage. Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, 1901.

Au mois d'octobre 1900 je fus appelé auprès d'une jeune primipare de 26 ans, couturière, à cause de phénomènes douloureux qu'elle présentait du côté de l'abdomen. Les dernières règles avaient eu lieu du 25 au 30 mars. Le 21 octobre, vers 4 heures du soir, la malade est prise d'un violent frisson avec élévation de température et douleurs abdominales. Le médecin prescrit un lavement laudanisé qui calme les douleurs. Le 22 octobre, nouvelles douleurs : une sage-femme donne dans les vingt-quatre heures deux lavements laudanisés, mais les douleurs persistent, surtout dans la fosse iliaque gauche, en même temps que surviennent des nausées et des vomissements. Le médecin fait continuer les lavements laudanisés.

Mais les accidents abdominaux augmentent, caractérisés par un tympanisme très accentué et l'absence d'émission de gaz et de matières par l'anus.

C'est ainsi que je vois la malade le 24 octobre.

Le pouls est fréquent (120), petit, régulier ; la langue est sèche.

La malade vomit dès qu'elle prend une gorgée de liquide.

Le météorisme abdominal est très marqué et ne permet guère d'apprécier le volume de l'utérus. La femme semble avoir des contractions utérines intermittentes.

Au toucher, le col est entr'ouvert. Je conseille la cessation de l'opium, de donner une potion de Rivière et l'administration d'un lavement avec 2 grammes de chloral. Les douleurs calmées un peu réapparaissent ensuite avec intensité. L'état général s'est aggravé : le pouls est irrégulier et fréquent ; le facies est grippé, le ballonnement du ventre a augmenté. Toujours aucune émission de gaz ni de matières.

Le col n'est pas effacé, mais la cavité cervicale est très perméable : on arrive sur les membranes.

A minuit, on pose l'écarteur de Tarnier.

A 4 h. 1/2 du matin la femme accouche d'une fille qui meurt après quelques inspirations.

Après l'accouchement, expulsion d'une très grande quantité de gaz très fétides ; grand lavement glycériné, garde-robe abondante.

M. Bazy voit la malade dans la matinée et juge l'intervention inutile. Vessie de glace sur le ventre.

Dès le lendemain de l'accouchement le ballonnement du ventre disparaît presque complètement ainsi que la douleur.

Observation XII

(Occlusion intestinale influencée par le travail).
Gottsched (*Ueber Ileus bei Schwangeren*, 1869).

Il s'agit d'une femme de 39 ans ayant déjà eu six enfants.

L'accouchement antérieur avait nécessité une intervention obstétricale.

Dernières règles début de juillet 1864.

Depuis cette époque, constipation opiniâtre.

Le 5 février. — Elle entre à la Clinique. Facies péritonéal. Au-dessus de l'ombilic on sent deux anses intestinales distendues transversalement. Pas de hernie.

Le même jour, la malade ressent quelques légères douleurs de travail.

Vingt-quatre heures après la rentrée, les douleurs étant devenues plus violentes, on pratique la rupture de la poche des eaux qui est suivie de suite de la naissance d'un enfant vivant. L'amélioration fut nette, mais de courte durée.

Le lendemain, vomissements violents.

Le 8 février. — Vomissements fécaloïdes.

La maladie empire et la mort survient sept jours après le début des accidents.

Autopsie. — Le grand épiploon adhère à droite de la face antérieure de l'utérus ; sur la ligne médiane partant du fond de l'utérus, une bride fibreuse s'étendait jusqu'à la partie inférieure droite du grand épiploon : cette bride formait un peu au-dessus du promontoire un anneau étroit dans lequel s'était insinué une anse grêle.

Observation XIV

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Témoin (de Bourges) *Anjou Médical*, 1898.

J.A..., 32 ans. Domestique. Entre à l'Hôtel-Dieu le 20 octobre 1897 se plaignant de violentes douleurs de ventre. Comme elle est enceinte de 5 mois on pense à un avortement. Pendant deux jours, elle souffre, vomit, a de la

fièvre. Le 30 octobre les signes de péritonite augmentent. La malade ne rend plus ni gaz, ni matières. Le ventre est ballonné, tendu, le facies grippé, le pouls petit, filiforme. La température est plutôt au-dessous de la normale. Vomissement fécaloïdes.

Je vois la malade le 31 octobre et je constate un ventre énorme : au-dessus de l'utérus, qui remonte à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus du pubis, les anses intestinales se dessinent sous la paroi. La palpation est imposible à cause de la douleur : la localisation de l'obstruction semble impossible. On la suppose très bas à cause de l'énorme développement des anses intestinales.

On passe la malade dans le service de chirurgie, tous les moyens médicaux ayant échoué.

Opération le 1er novembre. — La paroi et le péritoine incisés, une légère sérosité s'écoule par la plaie, mais sans odeur fécaloïde.

Les anses intestinales sont énormes et du volume de l'extrémité de l'avant-bras. La main introduite ne trouve rien d'anormal. On déroule alors l'intestin et on s'aperçoit que l'intestin est fixé derrière l'utérus. Introduisant de nouveau la main en suivant l'anse qui résiste à la traction, je perçois nettement l'obstacle qui me semble formé par une bride siégeant sous les annexes gauches. On relève la masse intestinale et l'on voit qu'une portion de l'iléon est étranglée dans des brides péritonitiques développées sous le ligament large de ce côté. Lentement, je déchire ces brides formées d'exsudats légèrement purulents et l'anse est libérée. Les anses intestinales sont lavées à l'eau chaude.

Réunion.

Suites. — Le soir, la malade a encore quelques vomissements fécaloïdes, mais le pouls est meilleur. Dans la nuit, nouvelles douleurs, mais il s'agit cette fois de la fausse couche qui se fait sans accident.

Le fœtus avait 5 mois environ.

Le lendemain, les vomissements cessent. Une débâcle abondante survient et la malade se sent soulagée.

Dans un cas comme celui-là, avec grossesse concomitante, j'ai pensé qu'un anus contre nature était difficile ment praticable.

Observation XV

(Occlusion intestinale paraissant indépendante de la puerpéralité.)

Gottsched. (*Ueber Ileus bei Schwangeren*, 1869).

Il s'agit d'une primipare ayant eu des vomissements incoercibles dans les premiers mois de la grossesse.

Le 20 mai. — La malade dut exécuter un travail pénible; elle ne ressentit rien d'anormal pendant cette journée.

Le 21 mai. — Survinrent des coliques très violentes qui augmentèrent pendant la nuit et étaient devenues intolérables le matin.

Le 22. — Contractions douloureuses de l'utérus : la malade accouche d'un enfant vivant. Le collapsus s'exagère, le ventre est météorisé : la douleur disparaît.

Mort à 4 heures du soir.

Autopsie. — On trouve une double torsion à la partie moyenne du côlon transverse. L'intestin est énormément

dilaté au-dessus de l'obstacle : affaissement au-dessous. Hypérémie du tube intestinal, pas de trace de péritonite.

Observation XVI

(Occlusion intestinale paraissant indépendante de la puerpéralité.)

Braun (*In Wien. med. Wochenschrift*, 1885, n° 24. *Ref. Centralblat f. gynec.*).

Femme de 34 ans, au neuvième mois de sa grossesse. A déjà eu huit enfants.

Cette femme se plaignait de constipation et de coliques. Pas de selles depuis huit jours. Les trois derniers jours, les coliques ont augmenté et de plus étaient survenues des nausées.

Le jour de son entrée à l'hôpital on lui administra six lavements pour n'obtenir qu'une garde-robe. Le soir, elle fait une attaque d'éclampsie. Pour cette raison, on ne pratique pas la laparotomie. Puis les symptômes devinrent de plus en plus alarmants : cependant pas de vomissements fécaloïdes. Le deuxième jour, la femme accouche spontanément à terme, d'un enfant mort.

Le troisième jour, mort de la mère dans le collapsus absolu.

Autopsie. — Volvulus de l'S iliaque et péritonite consécutive.

Observation XVII

(Occlusion intestinale paraissant indépendante de la puerpéralité.)

Gottschalk (*In Arch. für. gynœcologie*, 1894. Baud. 26, page 258).

Femme de 39 ans. Multipare. Quatrième mois de sa grossesse. Depuis plusieurs années cette femme était très constipée.

Quand elle fut présentée à Gottschalk elle n'avait rien évacué par l'anus depuis six jours. Une forte dose d'huile de ricin provoqua une selle peu abondante. Le ventre était météorisé, le collapsus complet.

A l'examen on trouve l'utérus en rétroversion, mais pas incarcéré ; en même temps l'organe gestateur avait subi une rotation autour de son axe longitudinal, si bien que le bord gauche se trouvait en avant.

Laparotomie.— Un volvulus de l'S iliaque étant la cause des accidents, on en pratique la détorsion, mais cependant les matières ne peuvent pas passer par le point rétréci, aussi on essaya la colostomie. Immédiatement issue de matières fécales abondantes.

Les douleurs du travail surviennent après l'opération. La malade avorte onze heures environ après l'intervention et meurt.

Autopsie. — Confirmation du diagnostic clinique : volvulus de l'S iliaque peut-être causé par la torsion de l'utérus (!).

Observation XVIII

(Occlusion intestinale paraissant indépendante de la puerpéralité.)

Étranglement intestinal par hernie de la ligne blanche quarante-huit heures après l'accouchement (Boissard et Roche).

Le 29 septembre 1899 se présente la nommée X..., âgée de 35 ans, enceinte pour la septième fois. Cette femme est atteinte d'un rétrécissement mitral bien compensé : le fœtus se présente par le siège, il est très mobile.

Apparition des premières douleurs le 10 novembre. M. Roche fait la version podalique, le fœtus se présentant par l'épaule.

Le 12 novembre. — A 2 heures de l'après-midi, la femme qui s'est assise plusieurs fois sur son lit est prise de douleurs extrêmement vives dans le ventre : l'examen ne permet pas d'assigner la véritable cause de ces douleurs.

La température est normale, l'utérus bien revenu sur lui-même. A 11 heures du soir les douleurs sont intolérables et la femme présente le facies grippé.

Par l'examen méthodique, pratiqué à ce moment, on constate au dessus de l'ombilic la présence d'une tumeur du volume d'une moitié d'orange sonore et la percussion est douloureuse.

Le pouls est à 100 et la température à 37°. Le facies est grippé. En outre, la malade a eu deux ou trois vomissements et depuis le matin il n'y a eu aucune émission de gaz par l'anus. Cette tumeur est limitée à sa base par un

bord tranchant et résistant et l'orifice qui lui sert de base mesure 7 centimètres.

En faisant relâcher les muscles de la paroi abdominale, M. Roche fait une tentative de réduction de cette anse intestinale ainsi étranglée : pendant une inspiration et sans le secours du chloroforme cette tumeur rentre dans l'abdomen avec du gargouillement. La tumeur est maintenue réduite à l'aide d'un pansement compressif. Dans la nuit, la malade rend des gaz. Le lendemain matin, petit purgatif huileux qui donne lieu à une garde-robe très abondante.

L'accident ne se reproduisant plus, la malade quitte le service, douze jours après son accouchement, conservant une éventration très marquée au niveau de la ligne blanche.

Observation XIX

(Occlusion influencée par la puerpéralité.)
Occlusion intestinale aiguë pendant la grossesse.
(Corner, *in Lancet*, 1888).

La malade est âgée de 27 ans. Elle est mariée et enceinte de quatre mois. Le 20 novembre, après un repas copieux, elle fut prise brusquement de violentes douleurs de ventre accompagnées de vomissements.

Les jours suivants, la diarrhée fit place à la constipation.

L'état général s'aggrava et la malade meurt le 27 novembre.

L'autopsie montre l'iléon étroitement appliqué sur le sacrum.

En ce point existent des adhérences étroites et assez

résistantes. Le péritoine contenait beaucoup de matières fécales.

Observation XX

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
R. Zachen (Th. Leipzig, 1907).

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui a eu douze enfants vivants (dont trois grossesses doubles). Cette femme a eu deux fausses couches de deux mois et de six semaines.

Bien réglée. Règles abondantes.

Les règles cessent en janvier 1889. Reviennent pendant un jour en février. Rien en mars.

Entre à la Clinique le 5 avril 1889 pour de violentes douleurs de reins. Depuis huit jours la femme sent remuer.

Tout à coup, violentes douleurs dans les deux flancs et l'hypogastre. Vomissements. Fièvre.

L'abdomen est météorisé.

Résistance diffuse s'étendant jusqu'à un travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

La palpation est impossible par suite de la douleur.

Le corps de l'utérus n'était pas perceptible ; le col est ramolli, le canal cervical perméable au doigt.

Dans le Douglas, on sent une tumeur grosse comme le poing, qui fut prise pour un placenta extra-utérin.

Le diagnostic clinique fut : Péritonite (grossesse extra-utérine). Devant les symptômes menaçants, en particulier les vomissements persistants, l'opération fut décidée.

On trouva : un gros utérus gravide, couché. dans la moitié droite du ventre ; le côté gauche présente un amas

d'anses intestinales de couleur blanc-noirâtre (comme gangréné), long de 1 mètre, qui paraît fixé au côté gauche de l'utérus, à l'entrée du bassin.

Les anses avoisinantes paraissent injectées. Après le déroulement du volvulus, on voit une bride partant du côté gauche de l'utérus et gagnant la paroi du bassin, et enserrant l'intestin.

Section de cette bride.

Résection de l'anse gangrénée, anus artificiel. Mort.

Observation XXI

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité).
R. Zachen (Th. Leipzig, 1907).

Femme D..., de Wesel, âgée de 36 ans, déclare avoir toujours été bien portante. Les grossesses précédentes eurent toujours un cours normal. Actuellement elle est en état de grossesse.

Le 20 septembre 1905. — Elle est prise tout à coup de douleurs très violentes dans le bas-ventre.

Le médecin appelé constate une paralysie de l'intestin et ordonna le transport à l'hôpital Sainte-Marie, à Wesel.

Elle y est opérée de suite par le Dr Tendrich.

Examen. — C'était une forte femme.

Elle se plaignait de violentes douleurs de ventre. Elle ne rendait pas de gaz par l'anus et avait des vomissements continus.

Dans le haut du ventre se trouve une tumeur que l'on sent à travers la paroi abdominale tendue. La palpation de cette tumeur est très douloureuse. Le pouls bat à 100.

Opération. — A l'ouverture du ventre, un intestin noirâtre tend à s'échapper. Après libération des adhérences on trouve une bride enserrant l'intestin. Cette bride est grosse comme le petit doigt environ. On la sectionne. L'intestin se laisse alors mobiliser et attirer hors du ventre On s'aperçoit que cet intestin est gangréné. Résection sur une longueur de 96 centimètres.

Réunion au bout de Murphy. Fermeture de la paroi.

Douze jours après l'opération la femme avorta.

Guérison.

Observation XXII

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
R. Zachen (Th. Leipzig, 1907).

Femme G. S..., âgée de 27 ans. N'a jamais été bien malade. Dit avoir eu quelques douleurs de ventre qui ont vite disparu. Le 29 avril 1907, elle tomba malade tout à coup sur le chemin de l'église. Pendant qu'elle se rendait à l'église, elle ressentit soudain une violente douleur dans le côté droit du ventre. Cette douleur était si violente qu'elle fut sur le point de perdre connaissance : cependant elle se remit et put rentrer à pied chez elle.

Les douleurs ne cessant pas, elle fit prévenir le médecin. Il trouva une jeune et forte femme enceinte de 4 à 5 mois. Elle a des douleurs dans le côté droit du ventre. La pression est douloureuse sur tout le ventre, mais particulièrement du côté droit.

Depuis l'apparition de la douleur, la femme n'a eu ni gaz, ni selles. Les douleurs sont si fortes qu'elles ne disparaissent pas complètement par la morphine.

Le médecin traitant ordonna d'abord de l'huile de ricin: aucune selle ne s'en suivit. Puis vinrent les vomissements qui, fréquents d'abord, cessèrent ensuite.

Ils se composaient de matières verdâtres ayant un peu l'aspect fécaloïde. Le pouls resta bon, les quatre ou cinq premiers jours. L'élévation de la température ne continua pas.

Le 6 mai. — Le médecin ordonna de la teinture d'opium. Les douleurs cessèrent, mais revinrent bientôt.

Le pouls prit peu à peu le caractère accéléré. Il monta d'abord à 100 puis à 120 et à 130.

Toujours pas de matières fécales, mais également pas de vomissements fécaloïdes.

Le 8 mai. — Le pouls devient encore plus fréquent, et l'opération est décidée par le Dr Tendrich de Wesel.

La situation le 8 mai était la suivante :

La femme, d'apparence bien portante, avait cependant un pouls à 120-130. Suppression du gaz et des matières fécales. Vomissements muqueux. Toute la région du ventre était douloureuse, mais particulièrement du côté du cæcum. Aussi, d'après les renseignements fournis par l'observation qui montraient que l'ileus devait siéger sur le côté droit du bas-ventre. la laparotomie fut décidée.

Opération. — Chloroforme. Incision de vingt centimètres de long. A l'ouverture du ventre, il s'écoula un liquide trouble, séreux et mêlé de flocons de fibrine. Puis on vit que de l'épiploon partait une bride épiploïque et gagnait le canal inguinal. Une anse d'intestin grêle était complètement enserrée par cette bride. La partie située au-dessus était également comprimée. On sectionne cette bride.

La malade guérit.

Observation XXIII

(Occlusion intestinale influencée par la puerpérallté.)
Heath (*in The medical Times and Gaz. London*, 1880).

Le 1er août 1880. — Marguerite P..., âgée de 35 ans, est enceinte de 6 ou 7 mois. Elle avait fait un avortement plusieurs années avant. Dans ses antécédents on ne relève aucune trace d'inflammation péritonéale, pas d'ictère, pas de colique hépatique, pas de calcul biliaire, pas de constipation prolongée, pas de sang, ni de pus dans les garde-robes.

Le 2 août et les jours suivants. — La malade n'eut pas de selle : le ventre était distendu, flatulent, les éructations fréquentes, l'appétit nul.

Le 5 août. — Surviennent des nausées et des vomissements. Les vomissements sont douloureux et fréquents. Les matières vomies sont amères, d'odeur fétide, jaune-verdâtre.

Le 8 août. — Le matin, violent hoquet.

Le 9 août. — On trouve 104 pulsations. Le thermomètre marque 99°4 F.

Les traits sont tirés, la langue est saburrale. Le pouls est petit et dépressible. Constipation absolue.

Le ventre était presque uniformément tendu. Cependant le flanc droit et la région ombilicale étaient un peu plus résistants. Il n'y avait pas de sensibilité à la palpation. A la palpation profonde et dans la fosse iliaque gauche on sentait une tumeur petite, mobile, douloureuse à la pression. Le rectum est vide, on n'y sent pas de rétrécissement. L'examen par le vagin ne donne aucun résultat.

Le 11 août. — Température 104, 2 F. Pendant la nuit on essaye en vain d'introduire un long tube dans le rectum. La douleur est devenue plus vive dans la cavité abdominale. A 8 h. 1/2 la malade accouche d'un enfant de 2.000 grammes qui meurt une heure après.

Le 12 août. — Douleurs brûlantes dans l'abdomen.

La température est à 99°5. F. Le pouls bat à 152. Il est très petit. Les traits sont tirés, amaigris, la face pâle.

On fait un lavage intra-utérin.

Le 13 août. — On note une amélioration : la douleur diminue.

Le 15 août. — La nuit a été mauvaise, la malade ne peut conserver aucun aliment. Les vomissements sont verdâtres, la langue devient sèche.

Le 16 août. — Les vomissements n'ont pas cessé dans l'après-midi de la veille et la nuit. La température est à 104° F. Le pouls bat à 148.

Le 17 août. — Douleur vive au genou gauche.

Le 18 août. — Même douleur. On constate de l'hydarthrose.

Le 19 août. — Les vomissements sont persistants. Les matières rejetées deviennent de plus en plus sombres et sont d'une odeur nauséabonde : elles ont l'aspect de grains de café et sortent à la fois par le nez et la bouche. A 11 heures la malade tombe dans le coma. La peau est froide, les extrémités cyanosées, le pouls rapide.

La mort survient à 2 heures du soir.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine, il s'échappe un peu de sérosité jaune-trouble. La surface de l'intestin grêle est rougeâtre, visqueuse au toucher, le cæcum est distendu :

la couche muqueuse de l'intestin est en voie d'ulcération. Le côlon ascendant n'est en contact avec le péritoine qu'au-dessus de la crête iliaque : pas d'adhérences mésentériques. L'S iliaque présente une dilatation énorme qui s'arrête brusquement à son union avec le rectum. Ce point est épaissi. L'utérus a le volume du poing. Au niveau de l'insertion placentaire et du col on détache des masses noirâtres à consistance boueuse.

Rien du côté des annexes.

L'articulation du genou contenait du pus.

Observation XXIV

(Conclusion intestinale engendrée par la puerpéralité). Meyer (*in Monahchrift f. geburts. u. gyn.* Bd. IX, heft. 2).

Il s'agit d'une primipare rentrée à l'hôpital le 30 janvier 1895, au huitième mois de sa grossesse.

Depuis longtemps les digestions étaient paresseuses : alternatives de constipation et de diarrhée. Un mois avant sa rentrée, augmentation subite du ventre qui la force à s'aliter pendant une journée.

Depuis un mois les selles sont rares. Pendant les quinze derniers jours la tension du ventre a augmentée ; dans les derniers jours, nausées et vomissements. Incontinence d'urine depuis quatre semaines.

A son arrivée à l'hôpital, un lavement détermine une garde-robe peu importante. La vessie contenait 2.100 centimètres cubes d'urine. La tête du fœtus était profondément engagée, pas de signes de travail.

Le lendemain, la température est normale. Pouls 120.

Les jours suivants, 38° 7. Pouls fréquent, langue humide. Vomissements fécaloïdes. On fait un lavage d'estomac, les vomissements diminuent. Pas de selle, ni de gaz, par l'anus,

Dans la soirée la malade entre dans le service d'accouchement. On pratique une application de forceps. L'enfant, avant terme de 8 à 10 semaines, meurt quelques instants après la naissance.

Immédiatement après la délivrance, lavage d'estomac et injection d'une solution de morphine.

Quelques heures plus tard, issue involontaire de matières fécales liquides.

Le 1er février. — La malade est transportée à la salle de chirurgie. Il y a là encore une évacuation involontaire de matières fécales liquides. Cela dura jusqu'au 7 février.

On constate alors de la cystite et de la paramétrite droite avec position normlae de l'utérus. Mais l'intestin est tellement paresseux qu'à partir du 17 février la malade n'eut pas de selle pendant cinq jours consécutifs, malgré les lavements et les purgatifs. Enfin après un purgatif énergique elle a une selle abondante.

Elle quitte l'hôpital le 1er avril.

Le 12 septembre 1898. — La malade rentre à l'hôpital pour une nouvelle grossesse. Nous apprenons qu'avec la gestation, la constipation avait reparu, rebelle aux purgatifs.

L'accouchement se passa normalement.

Observation XXV

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Occlusion intestinale au sixième mois de la grossesse suivie d'accouchement prématuré, d'abcès ; guérison.
White (*in Clinical Records*, 1896).

Il s'agit d'une femme de 36 ans, mère de huit enfants. Se plaignait de douleurs vagues dans la région de la fosse iliaque droite.

Au début de novembre apparurent la constipation et le météorisme de l'abdomen. Aucun médicament ne put vaincre ces accidents.

A égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit, existait une tuméfaction considérable. La main cherchant à établir une comparaison avec l'autre côte, était gênée par une tumeur donnant la sensation d'un utérus gravide. En déprimant fortement la paroi abdominale on était arrêté par une tumeur résistante de 3 pouces environ, située dans la région du cæcum et du côlon ascendant et qui était le point de départ de douleurs vives et spontanées.

Constipation absolue. Pas de gaz, ni de matières, depuis plusieurs jours. Le hoquet était apparu quelques instants avant l'examen. L'huile de ricin ne fit aucun effet, et le laudanum ne put calmer les douleurs. En vain, quelques heures après, essaya-t-on des tisanes de graines de lin, l'huile d'olive, la térébenthine introduites dans le rectum par un tube flexible.

L'état général était mauvais et le pouls battait à 130 depuis le début de l'observation.

La température était tantôt normale, tantôt au-dessous de la normale.

Un liniment sédatif sur le siège de la douleur et le lendemain l'amélioration était manifeste. Huit jours après, la tumeur cæcale s'était déplacée vers la gauche, ce qui donna à penser que les matières accumulées dans le cæcum avaient progressé dans le côlon transverse. Un lavement contenant de l'eau de savon, de l'huile d'olives et de la térébenthine amena l'expulsion d'une cybale très dure.

Neuvième jour — Pendant la nuit, expulsion d'un enfant mort. Les premier, deuxième et troisième jours, après la délivrance, la constipation céda en partie aux purgatifs.

Le quatrième jour, le thermomètre monte brusquement à 102° F. La malade eut des frissons. Apparition de douleurs dans la région de l'aine du côté droit et de la diarrhée. En même temps tuméfaction au siège même de la douleur.

Le sixième jour, la tuméfaction avait progressé.

Le septième jour, on trouve de la fluctuation. Une incision permet l'écoulement d'une grande quantité de pus. Drain.

Guérison.

Observation XXVI

(Occlusion intestinale influencée per la puerpéralité.)
Smith (*In Lancet*, 1888).

Femme de 30 ans. Enceinte de 4 mois 1/2. Constipation opiniâtre depuis plusieurs jours. Subitement douleurs insupportables dans l'abdomen.

La constipation persiste les jours suivants, malgré les

purgatifs. L'état général s'aggrave rapidement. Les vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux, puis bilieux, devinrent fécaloïdes.

La température est au-dessous de la normale : le ventre est distendu.

Le diagnostic d'occlusion intestinale fut porté et on décida une opération exploratrice pour trouver la cause de l'occlusion.

La malade mourut.

Observation XXVII

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Sydney Jones (In *Lancet*, 1882.)

Femme de 26 ans. Enceinte de sept mois.

Le 26 février, au soir, elle fut prise d'une abondante diarrhée et de vomissements. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait.

Le 27 février, au matin, la diarrhée cessa. Depuis ce moment jusqu'au 2 mars, jour de son entrée à l'hôpital, elle ne rendit par l'anus ni gaz, ni matières. Les forces diminuaient rapidement.

En outre depuis cinq mois, la malade présentait une grosseur au niveau de l'ombilic, grosseur qui n'avait jamais été réductible tout à fait, mais n'avait jamais grossi, ni provoqué de douleurs. La température était au-dessous de la normale.

La hernie ne donnait aucun signe d'étranglement. La paroi abdominale était légèrement sensible en tous ses points.

On percevait de plus un utérus gravide.

Le pouls battait à 120. La langue était humide et sale.

On donna à la malade une pilule d'opium et elle devait en reprendre une toutes les cinq heures. Les vomissements s'arrêtèrent.

Trois heures plus tard survient une débâcle diarrhéique très abondante. La malade eut cinq selles dans la nuit.

L'état général s'améliore rapidement.

La malade quitte l'hôpital le 9 mars n'ayant plus ni vomissement, ni diarrhée.

Observation XXVIII

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Craig. (In *Obstetric Journal of great Britain and Ireland*, 1878).

Primipare, 24 ans. Au terme de sa grossesse.

Le 6 août elle est prise tout d'un coup de coliques et de vomissements.

Le 7 on s'aperçoit que le gros intestin est rempli de matières fécales : on administre un lavement. Les vomissements persistèrent et la malade tomba dans le collapsus.

Le 8, accouchement spontané d'un fœtus mort depuis plusieurs jours.

La mère meurt cinq minutes après la délivrance.

Autopsie. — On trouve une bride en forme d'anneau dans lequel s'était engagée une anse intestinale. Le côlon ascendant et une partie de l'intestin grêle étaient recouverts d'adhérences anciennes.

Observation XXIX

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Carthy (In *Lancet*, 1888.)

Femme enceinte de cinq mois. Diarrhée et nausées. Puis la constipation remplaça la diarrhée. La température était normale, le pouls petit et incomptable. Les phénomènes abdominaux ne répondaient pas à la prostration de cette femme.

La mort arriva après une semaine de souffrances.

Autopsie. — Les matières fécales étaient arrêtées au niveau du cæcum. Là on trouva des traces de brides d'origine inflammatoire.

L'intestin ne portait aucune trace d'inflammation.

Observation XXX

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité.)
Klauer (in *Charité-Annalen*, 21 Iahrgang, Berlin, 1896).

IVe pare, 23 ans. Au neuvième mois de sa grossesse.

Laparotomie pour tumeur abdominale en 1890.

La malade, avant son entrée à l'hôpital, avait depuis quelques jours des vomissements persistants.

Le 22 août 1894. — Elle entre à l'hôpital. Elle est très faible. Le pouls est à 120° et la température est normale. Les vomissements sont nombreux, répandant une odeur de matières fécales.

La cicatrice de la laparotomie était entr'ouverte ; entre les lèvres de cette ouverture passait une masse donnant la

sensation de l'épiploon. Dans cette hernie même on sentait une bride dure qui paraissait se prolonger au-dessus de l'ombilic : on reconnaissait encore une anse intestinale très dilatée.

Les symptômes étaient tellement menaçants que l'accouchement provoqué fut décidé. On extrait un enfant à terme et vivant.

L'état général s'améliore. Le pouls est moins fréquent, mais toujours pas d'évacuation par l'anus de gaz ni de matières, malgré les lavages de l'intestin et les purgatifs huileux.

Vingt heures après la délivrance surviennent de nouveaux vomissements : laparotomie.

On constate la présence d'adhérences nombreuses entre la paroi abdominale et l'intestin d'un côté, et entre les anses intestinales elles-mêmes d'un autre côté. Sur plusieurs points l'intestin était pincé : on déchira les adhérences.

Mort de la malade cinq heures après l'intervention.

A l'autopsie on trouva les traces d'une péritonite au début.

Observation XXXI

(Occlusion intestinale paraissant engendrée par la puerpéralité.)

Meyer Abramson (in *Hufeland's Journal der prakt.* Bd 19, 1804).

Multipare de 47 ans, au neuvième mois de la grossesse.

Constipation progressive qui céda au début aux purgatifs et qui devint ensuite rebelle à tout traitement.

On pensa que l'utérus gravide comprimait l'intestin et

pour cette raison on provoqua l'accouchement le septième jours des accidents. Enfant vivant.

La mère tomba dans le collapsus et mourut.

Pas d'autopsie.

Observation XXXII

(Occlusion intestinale influencée par la purpéralité.)
Tarnowsky (in *Woyenne-Medizinski jour.*, 1877.)

IIe pare, 20 ans, cinquième de mois la grossesse. Péritonite quatre ans avant. Depuis le troisième mois de la grossesse, douleurs dans le ventre.

Depuis deux semaines, constipation et vomissements fécaloïdes.

Pouls 140°. Pas de signes de travail.

On provoqua l'avortement. Pas d'amélioration, mort le sixième jour.

Autopsie. — On constata dans le péritoine et principalement dans le grand épiploon des adhérences anciennes. L'une d'elles s'étendait jusqu'au mésentère et enserrait une anse intestinale.

Observation XXXIII

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité).
Carthy (*In Lancet*, 1888.)

Multipare en très bonne santé, prise de coliques atroces avec ballonnement du ventre. La douleur était répartie dans tout l'abdomen. On sentait, dans les flancs, les anses

intestinales sous forme de tumeurs allongées. On provoquait du gargouillement par la palpation.

La tension de l'intestin paraissait être la source de la douleur.

On fait une ponction qui amène une cédation immédiate.

La malade guérit et la grossesse poursuivit son cours.

Observation XXXIV

(Occlusion intestinale influencée par la puerpéralité).
R. Zachen (Th. Leipzig, 1907).

Femme de 29 ans.

Enceinte de six semaines.

Elle eut des douleurs lancinantes dans le ventre accompagnées de tympanisme et de collapsus. Les lavements à l'huile de ricin ne purent vaincre la constipation. On fit une triple ponction du côlon.

La femme succombe.

Nos de l'observation	Age de la femme	Nombre des grossesses antérieures	Age de la grossesse	Traitement	Terminaison
1	26	1	5 mois	Médical.	Guérison.
2	30	Primipare.	5 m. 1/2	Laparotomie.	Mort.
3	29	Primipare.	6 mois	Accouchement provoqué.	Mort.
4	»	»	7 mois	Redressement utérin.	Mort.
5	39	»	5 mois	Laparotomie.	Mort.
6	»	»	9e mois	Laparotomie.	Guérison.
7	31	6	9e mois	»	Mort.
8	29	2	9e mois	Laparotomie.	Guérison.
9	27	2	4 mois	»	Mort.
10	28	2	2 m. 1/2	Laparotomie.	Mort.
11	42	7	8 mois	Laparotomie.	Guérison.
12	26	»	7 m. 1/2	Accouchement provoqué.	Guérison.
13	39	6	7 mois	*Id.*	Mort.
14	32	»	5 mois	Laparotomie.	Guérison.
15	»	»	»	»	Mort.
16	34	8	9e mois	Médical.	Mort.
17	39	Multipare.	4e mois	Laparotomie.	Mort.
18	35	6	9e mois	Taxis.	Guérison.
19	27	Primipare.	4 mois	»	Mort.
20	38	12	4 mois	Laparotomie.	Mort.

Nos de l'observation	Age de la femme	Nombre des grossesses antérieures	Age de la grossesse	Traitement	Terminaison
21	35	Multipare.	»	Laparotomie.	Guérison.
22	27	Primipare.	»	Laparotomie.	Guérison.
23	35	1	7 mois	Médical.	Mort.
24	»	Primipare.	8e mois	Médical.	Guérison.
25	36	8	»	Laparotomie.	Guérison.
26	30	»	4 m. 1/2	Médical.	Mort.
27	26	»	7 mois	Médical.	Guérison.
28	24	Primipare.	1er mois	Médical.	Mort.
29	»	»	5 mois	Médical.	Mort.
30	23	6	9e mois	Laparotomie.	Mort.
31	47	Multipare.	9e mois	Accouchement provoqué.	Mort.
32	20	2	5e mois	Avortement.	Mort.
33	»	Multipare.	»	Ponction du côlon.	Guérison.
34	29	»	6 semnes	*Id.*	Mort.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale compliquant la grossesse à ses différentes étapes (grossesse, travail, suites de couches) est une affection rare. Elle se montre de préférence au cours de la grossesse. On distinguera :

Des occlusions engendrées par la puerpéralité ;

Des occlusions influencées par la puerpéralité ;

Des occlusions influencées par le travail ;

Des occlusions indépendantes de la puerpéralité.

2° Les occlusions engendrées par la puerpéralité comprendront les cas dûs à la compression de l'intestin par l'utérus gravide rétroversé et incarcéré ou non.

Les occlusions influencées par la puerpéralité comprendront les cas dûs à des brides, à des adhérences péritonéales.

Les occlusions influencées par le travail comprendront les cas dûs à une traction sur une bride au moment du travail.

Les occlusions indépendantes de la puerpéralité sont des occlusions banales mais qui néanmoins rentrent dans notre cadre, car la grossesse antérieure a

probablement influencé quelque peu l'éclosion des accidents.

3° Les lésions les plus fréquemment rencontrées sont les brides péritonéales, agent principal de l'étranglement, déterminant un anneau enserrant l'intestin. Ces brides sont soit appendiculaires, soit utéro-annexielles, soit post-opératoires. Après ces brides viennent les vices de position de l'intestin, volvulus surtout. Enfin la rétroversion de l'utérus. Quant aux lésions intestinales, elles varient depuis la simple constriction jusqu'à la gangrène et la perforation.

4° L'occlusion intestinale gravidique ne présente pas une symptomatologie bien spéciale. Pendant la grossesse quatre grands signes dominent la scène : la douleur, les vomissements, la suppression des matières et des gaz, et le météorisme. Pendant le travail les symptômes sont masqués par les contractions utérines.

Pendant les suites de couches la symptomatologie est identique à celle de l'occlusion ordinaire.

5° Deux complications peuvent apparaître au cours de l'occlusion gravidique : l'accouchement prématuré et la péritonite avec ou sans perforation.

6° Le diagnostic de l'occlusion intestinale au cours de la grossesse est un diagnostic difficile. On ne confondra pas cette affection avec toutes les affections douloureuses du ventre à début brusque, avec le travail, la péritonite aiguë, l'appendicite, l'étranglement herniaire, la grossesse extra-utérine. Pendant le tra-

vail on songera à la rupture utérine et à la perforation intestinale. Pendant les suites de couches, les tranchées pourront induire en erreur.

7° L'occlusion intestinale gravidique est une affection dont le pronostic est très sombre aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

8° Le traitement de l'occlusion aiguë pendant la grossesse est, sans hésitation, la laparotomie. C'est plutôt l'obstruction intestinale par parésie intestinale qui relève les moyens médicaux. Pendant le travail on laissera l'accouchement se faire ou bien on accélèrera le travail et ce n'est qu'après la délivrance qu'on ira, par la laparotomie, lever l'obstacle. Lorsqu'elle se produit pendant les suites de couches, l'occlusion sera traitée comme l'occlusion ordinaire, c'est-à-dire par l'intervention chirurgicale.

Vu : le Président de la thèse :
P. BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

Lemercier 9

BIBLIOGRAPHIE

AIBA K. — A case of intestinal obstruction during pregnancy. *Chingai Iji Shinpo. Tokio*, 1901.

ALBRECHT. Med. Centr. Ztg. 95 u. 96, 1855.

AYER (J.-B.) Intussusception complicated by tuberculosis and

AZMUTH. — Saint-Petersburger med. Wochensch. n° 16. 1835. pregnancy. *Boston M et S. J.* 1890.

BANDERA (J.-M.) Difficultades que presente el diagnostico de la estrangulacion intestinale durante le prenez. *Gaz. med. Mexico*, 1887.

Prof. BERGMANN. Prof. Bruns. Prof. Miculiez. — Handbuch der prakt chirurgie.

BOISSARD ET ROCHE. — Etranglement intestinal par hernie de la ligne blanche, 48 heures après l'accouchement. *Bull. Soc obst. Paris*, 1900.

Prof. BRAUN. — Arch. f. Klinische chirurgie. Bd. XLIII. S. 164.

BUDIN. — Rapp. de l'intestin et de l'utérus au point de vue clinique. *Semaine médicale*, 1893.

BUTRUILLE ET MINET. — Obstruction intestinale par étranglement interne accompagnée d'avortement à 2 mois et demi. *Echo médical du Nord*, 1906.

CARTHY. — *In* Lancet, 1888.

CATTELL. — (H.-W). Volvulus due to extra-uterine pregnancy. *Tr. path. soc. Phila.*, 1891.

CHAMPETIER DE RIBES et CONSTANTIN DANIEL. — *Ann. gyn.*, 1902.

CHÉNIEUX. — De certaines complications dans les grossesses avec tumeur int.

CONSTANTIN DANIEL. — Revue pratique obst. et pæd. *Paris*, 1902

CORNER. — Acute intestinal obstruction complicating utero-gestation. *Brit. J. M. London*, 1888.

CRAIG. — In obstetric Journal of great Britain and Ireland, 1878.

DUNTZER. — Enteritis serosa mit ileus bei einer Schwangern. *Bonn*, 1842-1843.

GAUTHIER. — Sur la rupture de la grossesse tubaire et avortement. *Th. Paris*, 1893.

GLEUDON. — Intestinal obstruction complicating preguancy. *Internat. J. Surg. N. Y.*, 1901.

GOTTSCHALK. — Arch. f. gyn., 1894.

GOTTSCHED. — Ueber ileus bei Schevangeren, 1869.

HANSON. — An unusual phase of obstruction of the bowel *Saint-Louis clinique*, 1902.

HEATH. — Obstruction fram stricture of sigmoïde flexure. *The medical Times and Gazette. London*, 1886.

KLANER. — In Charité-Annalen. 21 Iahrgang. *Berlin*, 1899.

LAMBERT. — Thèse Paris, 1870.

LEGRY (T.). — Étranglement chez une femme enceinte de 8 m. 1/2. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1895.

LEGUEU. — Congrès de gyn. et obst. *Bordeaux*, 1895.

LEPAGE. — Comptes rendus, Soc. obst. gyn. pæd., 1901.

MÉGRAT. — De la peritonite développée pendant la grossesse. *Annales de gynécologie*, 1883.

MEYER. — Monatschrift f. geburts. u. gyn.. Bd. IX, heft 2.

MEYER ABRAMSON. — Hufeland's Journal der prakt. Bd. 19, 1804.

MONOD. — Grossesse et colite memb. aiguë avec sympt. d'occl. intest. *Ann. polycl. méd. Bordeaux*, 1898.

MONY. — Thèse Paris, 1860.

MOUCHET. — Bulletin et mém. Soc. anat. *Paris*, 1901.

NICAISE. — De l'innocuité des grandes opérations chez les femmes enceintes. *Gaz. hôp.*, 1876.

PARIZOT (de Dijon). — Occl. intest. pendant la grossesse guérie par les lavages de l'estomac. *Bourgogne médicale*, 1892.

PIC. — Dissertation sur occ. survenant pendant grossesse et sur les moyens hygiéniques propres à les prévenir. *Paris*, 1829.

POZZI. — Traité de gynécologie.

RECTOR. — (J.-M.) Ann. gyn. et obst. J. N. Y., 1901.

RICHELOT. — Annales gynécologie, 1902.

ROCHARD ET MORESTIN. — Bull. et mém. Soc. chir. *Paris*, 1900.

ROSS. — Canad. Pract. *Toronto*, 1896.

RUDAUX ET CHARTIER. — Annales de gynécologie, 1905.
SCHWARTZ. — Bull. et mém. Soc. chir. *Paris*, 1898.
SMITH. — *In* Lancet, 1888.
SPENCER. — Lancet. *London*, 1895.
SPRIGG. — Pregnancy camplicated with intestinal, obstruction, followed by accidental hemorrage and miscarriage. *Ann. J. Obst. N. Y.*, 1896.
SYDNEY JONES. — Lancet, 1882.
TARDIF. — Anjou médical, 1891.
TARNOWSKI. — Woyenno. Medizinski journ., 1877.
TÉMOIN. — Soc. chirurg., 1898.
TENDRICH. — Deut. Zeitsch. f. chir. *Leipzig*, 1900.
TOURNAY. — Occl. intest., post partum. *Soc. belge gyn. et obst.*, 1897.
TREUB. — Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. Bd. n° 3, 1892.
VERGEZ. — Thèse Paris, 1901.
VINAY. — Tr. des maladies de la grossesse et des suites de couches, 1894.
WHITE. — Med. Press. et circ. *London*, 1896.
ZACHEN-RICHARD. — *Thèse Leipzig*, 1907.

A. MALOINE, Éditeur, 25-27, Rue de l'École-de-Médecine, Paris.